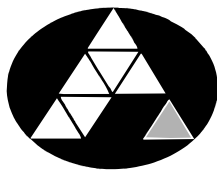


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Milja Johansson
Sinikka Kuittinen

HOITOHENKILÖKUNNAN MERKITYS TEHOHOIDOSSA OLEVAN
POTILAAN KUNTOUTTAVASSA HOITOTYÖSSÄ
Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö
Huhtikuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Huhtikuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600

Tekijät

Milja Johansson, Sinikka Kuittinen

Nimeke:

Hoitohenkilökunnan merkitys tehohoitopotilaan kuntouttavassa hoitotyössä kirjallisuuskatsaus

Toimeksiantaja

Pohjois-Karjalan sairaanhoito ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän teho-osasto

Tiivistelmä

Hoitohenkilökunnan tehtävä on edistää terveyttä ja lievittää terveysongelmista johtuvia haittoja. Varhainen kuntoutus vähentää sairaalapäivien määrää ja tukee potilaan psyykkistä ja fyysistä toipumista. Kuntoutuksen tulee alkaa heti, kun potilas saapuu teho-osastolle. Opinnäytetyössä käsitellään kuntouttavan hoitotyön merkitystä tehohoitotyössä ja henkilökunnan työmotivaatioon vaikuttavia tekijöitä.

Työ toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimusmenetelmän käytettävyyttä ja vaikuttavuutta arvioitiin kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten analysointimenetelmien perusteella. Tutkimukseen valikoitui mukaan 16 tieteellistä tutkimusta tai artikkelia vuosilta 2000–2011.

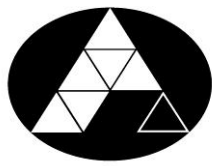
Varhain aloitetulla kuntouttavalla hoitotyöllä on merkitystä hoitajakson pituuteen ja ennusteseen, sekä hoitajakson jälkeiseen elämänlaatuun. Hoitohenkilökunnan tulee olla koulutettua ja motivoitunutta. Osastonhoitajalla on suuri rooli motivoidessaan hoitohenkilökuntaa työhönsä ja pyrkiessään luomaan hyvää työympäristöä. Kehitettävää olisi omaisten huomioinnissa ja mukaan ottamisessa kuntouttavan hoitotyön prosessiin.

Kieli
suomi

Sivuja 45
Liitteet 4
Liitesivumäärä 9

Asiasanat

kuntoutus, tehohoito, motivaatio, kuntouttava hoitotyö, työhyvinvointi, osastonhoitaja



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
April 2012
Degree Programme in nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 600

Authors

Milja Johansson, Sinikka Kuitinen

Title

The significance of the nursing staff in the rehabilitation nursing of intensive care patients
literature review

Commissioned by

Abstract

It is the task of the nursing staff to promote health and to relieve complications caused by health problems. Early rehabilitation reduces the number of hospital days and supports a patient's mental and physical recovery. This rehabilitation process should begin as soon as the patient arrives at the intensive care unit. The thesis deals with the significance of rehabilitating nursing in intensive care and the factors that affect the staff's motivation at work.

The study was carried out as a systematic literature review. The usability and effectiveness of the research method was evaluated with quantitative analysis. 16 studies or articles were chosen from the years 2000-2011.

Early rehabilitation nursing is significant to the length of the treatment period and the quality of life following the treatment. The nursing staff should be trained and motivated. The head nurse has an important role in motivating the nursing staff to work and trying to create a good working environment. An area of improvement would be in the consideration of close relatives and including them in the rehabilitation process.

Language
Finnish

Pages 45
Appendices 4
Pages of Appendices 9

rehabilitation, intensive care, motivation, rehabilitating nursing, work well-being, head nurse

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1	JOHDANTO	5
2	TEHOHOITOTYÖ	6
2.1	Tehohoitotyön tarkoitus	6
2.2	Tehohoitopotilas	6
2.3	Tehohoitotyö	8
2.4	Tehohoitotyön etiikka	12
3	KUNTOUTUTTAVA HOITOTYÖ	13
3.1	Kuntoutuksen tarkoitus hoitotyössä	13
3.2	Kuntouttava työote hoitotyössä	14
3.3	Kuntoutuksen etiikka ja päämäärät	14
4	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	15
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	16
5.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	16
5.2	Aineiston keruu ja hakusanat	18
6	TUTKIMUSTULOKSET	22
6.1	Kuntouttavan hoitotyön merkitys tehohoitotyössä	22
6.1.1	Kuntouttava hoitotyö	22
6.1.2	Kuntouttavan hoitotyön keinot	24
6.2	Kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät	27
6.2.1	Työhyvinvointi ja työssä jaksaminen tehohoitotyössä	27
6.2.2	Esimiehen merkitys hoitohenkilökunnan motivoinnissa	29
6.2.3	Potilaan ja omaisten merkitys osana kuntouttavaa hoitotyötä	32
6.2.4	Ammatillinen rooli ja moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä	34
6.2.5	Työympäristön vaikutus hoitohenkilökuntaan	36
7	TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	37
8	POHDINTA	39
8.1	Johtopäätökset kuntouttavan hoitotyön merkityksestä	39
8.2	Johtopäätökset kuntouttavaan hoitotyöhön vaikuttavista tekijöistä	40
8.3	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	42
	LÄHTEET	44

LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Tiedonhankintataulukko
Liite 3	Artikkelitaulukko, tutkimuskysymys 1
Liite 4	Artikkelitaulukko, tutkimuskysymys 2

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aiheena on hoitohenkilökunnan merkitys tehohoitopotilaan kuntouttavassa hoitotyössä. Tarkastelemme kuntouttavan hoitotyön merkitystä ja sitä, kuinka hoitohenkilökuntaa voisi siihen motivoida. Saimme opinnäytetyömme toimeksiannon Pohjois-Karjalan keskussairaalan aikuisten teho-osastolta.

Valitsimme aiheen yhteisen kiinnostuksen pohjalta. Aiheemme on tärkeä ja ajankohtainen, sillä kuntoutuksesta tehohoidon osa-alueena ei ole juurikaan tutkittua tietoa, ja silti kuntouttavalla hoitotyöllä on suuri vaikutus hoitojakson pituuteen ja hoidon ennusteeseen. Haimme toimeksiantoa, koska olemme kiinnostuneita tehohoidon haasteista. Teho-osastolla toimii kuntoutustyöryhmä, joka myös omalta osaltaan pyrkii edistämään kuntouttavan hoitotyön toteutumista käytännössä. Tarkoituksenamme oli koota opinnäytetyössämme työryhmän työskentelyä tukevaa teoreettista tutkimustietoa, jota voidaan hyödyntää käytännössä.

Teimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena ja tavoitteenamme oli kerätä luotettavaa tietoa tuoreimmista tutkimuksista ja kartoittaa hoitohenkilökunnan kuntouttavan hoitotyön merkitystä. Lisäksi etsimme keinoja motivoida hoitotyöntekijöitä toteuttamaan kuntouttavaa hoitotyötä osana päivittäistä työskentelyään. Lisäksi haemme tietoa esimiehen merkityksestä työyhteisön työhyvinvointiin ja henkilöstön motivaatioon liittyviin tekijöihin. Haimme muilta hoitotyön osa-alueilta tietoa, jota on mahdollista käyttää hyväksi työssämme. Opinnäytetyömme keskeisiä käsitteitä ovat kuntoutus, tehohoito, motivaatio, kuntouttava hoitotyö, työhyvinvointi ja osastonhoitaja.

Tehohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairastuneen potilaan hoitoa, jolloin elintoimintoja valvotaan ja tarkkaillaan jatkuvasti ja niitä voidaan myös ylläpitää erityislaitteilla. Tehohoitoa antaa siihen koulutettu hoitohenkilökunta, joilla on käytössään käytännön kokemusta ja teknisiä apuvälineitä. (Rosenberg ym. 2006, 31.)

Kuntoutumista voidaan ajatella kasvu- ja oppimistapahtumana, jonka varrella opetellaan hyväksymään elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset ja vamman tai sairauden aiheuttamat rajoitukset. Kuntoutuminen voi auttaa ihmistä löytä-

mään itsestään uusia voimavaroja ja antaa mahdollisuuden oppia uusia toimintatapoja, joilla kohdata arkipäivän tilanteita. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2002, 16–17.)

Koemme teho-osastolla työskentelevän hoitohenkilökunnan voivan hyötyä teoriatiedosta ja haluamme kerätä tietoa, jota voi käyttää hyödyksi käytännön työssä. Teho-osaston toimeksiantona on tulossa myös toinen opinnäytetyö, joka käsittelee asentohoitoa ja painehaavojen ehkäisyä tehohoidossa. Töidemme on tarkoitus olla toisiaan täydentäviä.

2 TEHOHOITOTYÖ

2.1 Tehohoitotyön tarkoitus

Tehohoitotyön tarkoituksena on voittaa aikaa ja estää välitön hengenvaara (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Lisäksi tarkoituksena on parantaa kriittisessä tilassa olevien potilaiden eloonjäämisennustetta (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen 2006, 912–913).

Tehohoidolla tarkoitetaan vaikeasti sairastuneen potilaan hoitoa, jolloin elintointoja valvotaan ja tarkkaillaan jatkuvasti ja niitä voidaan myös ylläpitää erityislaitteilla. Tehohoitoa antaa siihen koulutettu hoitohenkilökunta, joilla on käytössään käytännön kokemusta ja teknisiä apuvälineitä. (Rosenberg ym. 2006, 31.)

2.2 Tehohoitopotilas

Tehohoitopotilas on tilapäisessä hengenvaarassa oleva henkilö. Tehohoitoon suunnataan vain potilaita, joiden vamma on ohimenevästi hengenvaarallinen eikä sen hoitaminen muualla ole mahdollista. Koska tehohoito on kallista ja edellyttää henkilökuntaa, monenlaisia laitteita sekä tiloja, potilaan hoitoon otto kriteereiden tulee täyttyä. Kriittisen tilan tunnistamisessa käytetään selkeästi todettavia oireita ja tunnuslukuja sekä röntgen ja laboratoriolöydöksiä. (Rosenberg ym. 2006, 72-73, 912–916.)

Tehohoitoon kuuluvat sellaiset potilaat, joiden tilanteen uskotaan tehohoidon avulla korjaantuvan. Parantumattomasti sairaat ja toivottoman ennusteen saaneet potilaat eivät kuulu tehohoidon piiriin. Tehohoitoon tullessa potilaan ennusteeseen vaikuttavat tekijät voivat olla vielä tuntemattomia kun hoidon jatkuessa ja saataessa selville vointiin vaikuttavat tekijät on tärkeää, että tehohoitoa voidaan rajoittaa samoilla perusteilla, joilla se voitaisiin jättää aloittamattakin. (Rosenberg ym. 2006, 72–73.)

Tehohoidon aloitukseen vaikuttavat potilaan oikeus kieltäytyä tehohoidosta, hänen perussairautensa, ikänsä, ennusteensa ja selviytymismahdollisuutensa, lähtötilanteen toimintakykynsä ja elämänlaatunsa, henkinen tilansa, tehohoidon aiheuttanut aihe, elintoimintahäiriöiden vaikeusaste, kesto, annetun hoidon vaste ja työyksikön resurssitilanne. Tehohoidosta hyötyvät eniten potilaat, joiden taudintila on hoidettavissa oleva ja ohimenevä. Tästä ovat esimerkkinä potilaat, jotka tarvitsevat jatkuvaa monitoriseurantaa ja sellaisia lääkkeellisiä hoitoja ja toimenpiteitä, joita ei voida toteuttaa muilla osastoilla. (Rosenberg ym. 2006, 913–915.)

Tehohoitoon johtavat usein verenkiertoelimistön-, hengityselimistön-, neurologian-, endokrinologian-, gastrointestinaaliset-, vuoto- ja hyytymishäiriöt, vaikeat infektiot, munuaisten vajaatoiminta, postoperatiiviset tilat, intoksikaatiot, sekä palovammat, hukkuminen, hypotermia, anafylaktinen sokki ja harvinainen aivo-kuolleen elinluovuttajan hoito. Infektio on tavallisin tehohoidon syy, mutta voi myös kehittyä hoidon aikana. Infektiot ovat usein vaikeita, lisäävät kuolleisuutta, pidentävät hoitoaikaa ja kuormittavat hoitoyksikön resursseja. Sairaalainfektiot ovat yleistyneet ja yli neljännes todetaan tehohoitopotilailla. Tämä vaatii hoito-henkilökunnalta huolellisuutta ja taudin leviämisten ehkäisyä. (Rosenberg ym. 2006, 914,922.)

Sairaalainfektio on hengenvaarallinen ja voi pidentää hoitojaksoa viikolla. Yleisimpiä infektioita ovat sepsis ja sairaalapneumonia. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castren, Säämänen & Varjus 2001, 89.) Tehohoito lisää potilaan infektoriskiä, ja hoito- ja valvontatoimenpiteisiin liittyy aina lisähaittojen mahdollisuus, minkä vuoksi toimenpiteen hyödyn tulee olla haittaa suurempi (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997).

Ravitsemus vaikuttaa potilaan hyvinvointiin ja toipumiseen. Tehohoidossa olevan potilaan ravitsemustilaa voidaan arvioida erilaisilla mittareilla ja silmämääräisesti havainnoiden, mutta lihasmassan määrän arviointi mahdollisten turvotusten ja ruhjeiden alta vaatii runsaasti kokemusta. Potilas tulee punnita heti, kun se on mahdollista. (Rosenberg ym. 2006, 977.)

Kivuttomuuteen pyritään lääketieteen ja hoitotyön keinoin. Lääketieteestä kivunhoitoon vaikuttavat erilaiset kipulääkkeet ja puudutukset. Hoitotyössä kipua voidaan lievittää toteuttamalla yksilöllisiä toiveita, kuten mahdollistamalla musiikin kuuntelu, läheisten läsnäolo sekä turvaamalla riittävä lepo ja miellyttävä oloasento. (Blomster ym. 2001, 102.)

Tehohoidossa olevat potilaat tuntevat usein ahdistusta, pelkoa ja kipua. Sairaus voi lisätä kuolemanpelkoa, ja hoidossa mahdollisesti käytettävät epämiellyttävät laitteet, kuten intubaatioputki, voivat olla vaikeita sietää ja rajoittavat normaalia kommunikointia. Kykenemättömyys suoriutua itse esimerkiksi pesutoimenpiteistä ja liikkumisesta lisäävät avuttomuuden tunnetta. (Rosenberg ym. 2006, 954.)

Tehohoito koetaan positiivisena kokemuksena ja potilaat usein ajattelevat hoidon pelastaneen heidän henkensä, vaikka se olisi vaatinut myös epämiellyttäviä toimenpiteitä. Potilaat tuntevat usein olonsa turvattomaksi, jolloin hoitohenkilökunnan läsnäololla ja potilaan yksilöllisyyden huomioimisella on voitu poistaa turvattomuuden tunnetta. Turvattomuuden tunnetta on lisännyt hoitajan välinpitämättömyys, potilaan yksin jättäminen ja se, ettei hänelle kerrota riittävästi terveydentilaan ja hoitoon vaikuttavista tekijöistä. (Blomster ym. 2001, 58.) Tehohoidon ennusteet ovat yleensä hyvät. Kriittisestä vaiheesta selvinneet potilaat toipuvat yleensä hyvin, eikä tehohoidosta jää pysyvää haittaa. Vain harvoille jää riippuvuus elintärkeisiin tukitoimintoihin. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

2.3 Tehohoitotyö

Tehohoito on vaikeasti sairastuneiden potilaiden hoitoa, jota annetaan tehosastolla. Tehohoidossa olevaa potilasta ja hänen elintoimintojaan tarkkaillaan ja voidaan ylläpitää jatkuvasti apuvälineitä käyttäen. On todettu, että tehohoito

on hoidon vaikuttavuuteen verraten halpa hoitomuoto. Hoitojaksot pysyvät keskimääräisesti lyhyinä, ja hoitojakson jälkeen elinennuste on yleensä pitkä. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.) Teho-osaston keskimääräinen hoitoaika on noin kolme vuorokautta. Kolmasosa potilaista tulee osastolle suunnitellusti esimerkiksi suuren leikkauksen jälkihoitoon. (Rosenberg ym. 2006, 31.) Mannelin (2008, 26) toteaa, että tehohoidosta saatavat tulokset riippuvat hoidon aloituksen ajankohdasta ja hoidon intensiivisyydestä sekä työn organisoinnista ja laadusta. Tehohoidosta saataviin tuloksiin vaikuttaa eniten hoitoon johtaneen sairauden tai terveydentilan laatu.

Tehohoitoa toteutetaan omassa, siihen suunnitellussa yksikössä, jossa on tarvittavat edellytykset suorittaa vaativaa hoitoa. Näitä edellytyksiä ovat osaston sijainti, huonetilojen riittävyys, riittävä ammattitaitoinen hoitohenkilökunta ja käytössä olevat tekniset apuvälineet. Tehohoidon vaativuuden takia sairaalassa tulee olla jatkuvasti paikalla tehohoitoon perehtynyt lääkäri, joka on tavoitettavissa ympäri vuorokauden. (Rosenberg ym. 2006, 31.) Teho-osastolla tulee aina olla laitteistolle tarkoitetut huoltotilat, hoitohenkilökunnan tarvitsemat kanslia- ja valvontatilat sekä sosiaaliset tilat. Osaston olisi hyvä sijaita mahdollisimman lähellä päivystyspoliklinikan vastaanottoa, leikkaussaleja, heräämöjä, laboratoriota sekä röntgenyksikköä. (Rosenberg ym. 2006, 31,44.)

Tehohoidossa on käytössä monia teknologisia laitteita. Yleisimpiä ovat valvontamonitori, verenpainemittari (myös invasiivinen), pulssioksimetri, keuhkovaltimopaineen mittauskatetri (yhteydessä monitoriin), kapnometri, tanometria-katetri (voidaan ottaa näytteitä vatsalaukusta), defibrillaattori ja ulkoinen tahdistin, infuusiopumput, ruiskupumput, imulaitteet, pleuraimusetit, CPAP, respiraattori, spirometria. (Blomster ym. 2001, 12–55.)

Tehohoidossa olevan potilaan hoito vaatii työvuoron aikana vähintään yhden sairaanhoitajan työpanosta potilasta kohti. Fysioterapeutin tulee olla tavoitettavissa ja hänen osaamisensa hyödynnettävissä vähintään arkipäivinä aamu- ja iltavuorojen aikaan. Hoito- ja valvontalaitteiden määrän ollessa suuri tulee hoitopaikkaa kohti olla riittävästi tilaa, runsaiden teknisten apuvälineiden vuoksi tulee väline- ja laitehuollon välisen yhteistyön olla nopeaa ja joustavaa. Hoitopaikalla tulee olla toimivat kaasui- ja imupisteet sekä toimiva hälytysjärjestelmä.

On tärkeää, että omaisille on järjestetty osastolle rauhallinen tila jossa voi levätä ja rauhoittua. (Rosenberg ym. 2006, 32.)

Teho-osaston hoitohenkilökunta koostuu sairaanhoitajista ja perus- tai lähihoitajista. Osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajan, välinehuoltajien, osastonsihteerin ja laitoshuoltajien lisäksi henkilökuntaan kuuluu lääkintävahtimestareita. Teho-osastolla tulee olla käytettävyyss- tai konsultaatiomahdollisuus kaikkien erikoisalojen lääkäreihin. Teho-osaston potilasvalinnasta päättää päivystävä anestesia lääkäri tai anestesiapäivystävä yhteistyössä tehohoidon tarvetta ehdottavan klinisen lääkärin kanssa. (Rosenberg ym. 2006, 44–45.)

Tehohoidolle on tyypillistä potilaan voinnin kriittisyys ja nopeasti muuttuvat tilanteet. Sairaanhoitaja on keskeinen tekijä hoitosuhteessa potilaaseen ja usein omaiset ovat kiinteänä osana tehohoitoa. (Blomster ym. 2001, 57.) Tehohoitoa antaa siihen koulutettu henkilöstö, jonka osaaminen ja käytössä oleva teknologia ovat huippuluokkaa (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997). Teknologian kehityttyä on tehohoidon laatu parantunut. Teknologia ei kuitenkaan takaa hyvää tehohoitoa, vaan tarvitaan myös inhimillisyyttä. (Blomster ym. 2001, 57.)

Työskentely teho-osastolla on haastavaa ja sisältää paljon kriittisiä tilanteita. Tehohoito on kuitenkin vain yksi osa pitkää hoitoprosessia. Kun sairaanhoitaja työskentelee teho-osastolla, hän joutuu tekemään itsenäisiä päätöksiä jotka perustuvat lakiin ja eettisiin arvoihin. Tehohoitotyössä potilasta hoidetaan paljon teknisten apuvälineiden avulla, mutta myös lääke- ja hoitotiede ovat suuressa roolissa. Näiden hallinta luo haasteita hoitotyöhön. (Mäkelä, Suominen & Leino-Kilpi 2000, 126–127.) Hoitotyössä on tärkeää kirjata eli dokumentoida tehdyt hoitotoimenpiteet ja havainnot potilaan voinnista. Oikealla dokumentoinnilla taataan hoidon jatkuvuutta ja lisätään potilasturvallisuutta. Kirjaamisella on tärkeä oikeudellinen merkitys ja sillä suojellaan sekä potilaan että hoitohenkilökunnan oikeusturvaa. Tehohoidossa omien havaintojen ja hoidon vaikuttavuuden arviointi ja kirjaaminen on tärkeää, sillä potilas ei aina ole kykenevä itse kertomaan voinnistaan. (Blomster ym. 2001, 181.)

Suomessa tehohoitoa on kehitetty yksilövastuiseksi hoitotyöksi. Se on ammatillista ja potilaskeskeistä hoitotyötä, jossa huomioidaan potilaan turvallisuus, yksi-

löllisyys ja hoidon jatkuvuuden periaatteet. Jokaiselle potilaalle tulee nimetä omahoitaja, joka vastaa hoitosuunnitelman laatimisesta ja toteutumisesta hoitajakson ajan. Yksilövastuista hoitotyötä on mahdollista toteuttaa parityöskentelynä eli niin sanottuna omahoitajaparina. Potilaan oikeus hyvään hoitoon on perusteltu juridisesti ja eettisesti. Sairaanhoitaja on henkilökohtaisesti vastuussa toteuttamastaan hoitotyöstä ja ammatillisesta kehittymisestään. (Blomster ym. 2001, 65,175.)

Teho-osastolla työskentelevän henkilökunnan tavoitteena on tuottaa potilaille hyvää ja laadukasta hoitoa. Hoitajalta vaaditaan ammattitietoa ja -taitoa hänen kohdatessaan vaikeasti sairaita potilaita ja heidän omaisiaan. Hoitohenkilökunnan tulee hallita jatkuvasti lisääntyvä tekninen hoito ja nopeasti muuttuvat tilanteet sekä potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin liittyvät haasteet hoitotyössä. Jotta työssä voi jaksaa, hoitajalla on oltava hyvä itsetuntemus ja luottamus omaan ammattitaitoonsa. Kriittisesti sairaan potilaan hoidossa on tärkeää, että hoitaja pystyy luomaan luottamuksen ja turvallisuuden tunnetta omalla vuorovaikutuksellaan suhteessa potilaaseen ja hänen läheisiinsä. Hyvä moniammatillinen yhteistyö takaa potilaalle laadukkaan hoidon. (Mäkelä ym. 2000, 20, 97,105,112.)

Tuloksiin tehohoitopotilaan hoidossa vaikuttavat eri asiantuntijoiden toiminta ja yhteistyö sekä näkemykset omasta vastuustaan ja tehtävistään potilaan kokonahoidossa. Nämä ohjaavat hoidon tarpeiden määrittelyä, vaikuttavat tavoitteiden asettamiseen, suunnitteluun, toteutukseen ja tulosten arviointiin sekä laadun kehittämiseen. (Pyykkö 2004, 32.)

Työtyytyväisyyteen vaikuttavat työmotivaatio ja ympäristötekijät, kuten työpaikan ilmapiiri, asema työyhteisössä, palkkaus ja työkentällä toteutuvat työskentelyolosuhteet ja turvallisuustekijät. Lisäksi suuri merkitys on sovitulla säännöillä sekä esimiehellä. Työmotivaation tarkoituksena on, että työntekijän työpanos suunnataan niin, että tuloksia syntyy työn ollessa samalla mielekästä. Motivaatioon vaikuttavia tekijöitä ovat työntekijän tunne omasta ammatillisesta kehittymisestä sekä työsaavutuksistaan. Kun työ on haasteellista ja mielekästä siitä saatava arvostus lisää henkilökunnan ammatillisia kehitymis- että etenemismahdollisuuksia. Nämä tekijät motivoivat yksilöä parempiin suorituksiin tai vä-

hintaan poistavat työssä tyytymättömyyttä. Esimiehen kyvyillä motivoida henkilöstöä on suuri merkitys työyhteisön hyvinvointiin. (Kopola 2009, 5-6.)

Usein ihmisillä on virheellinen käsitys tehohoidosta ja sen tuloksista. Yleisesti voidaan luulla, että tehohoitoa vaativat potilaat ovat kuolevia tai että kaikki tehohoitopotilaat kuolevat. Kuitenkin 90 prosenttia tehohoitopotilaista siirtyy hoidon jälkeen jatkohoitoon, ja heistä 75 prosenttia on elossa vuoden kuluttua. (Blomster ym. 2001, 59.)

2.4 Tehohoitotyön etiikka

Tehohoidon eettiset pääperiaatteet on jaoteltu yhdeksään luokaan. Lääkintäetiikan keskeisimpänä periaatteena on elämän säilyttäminen, minkä mukaan jokaisella on oikeus apuun hengenvaarallisessa tilanteessa. Eettinen velvoite elämän säilyttämisestä on voimassa niin kauan kuin hengenvaaran koetaan olevan tilapäinen. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.) Tehohoidossa tulee myös huomioida hoidon aiheuttamat riskit hyötyä vastaan. (Rosenberg ym. 2006, 75.)

Kaikilla on oikeus saada tehohoitoa henkeä uhkaavassa tilanteessa katsomatta ikään, kokoon, rotuun, uskonnolliseen vakaumukseen tai muihin yksilöllisiin tekijöihin. Hoitoa, jota ei voida lääketieteellisesti perustella, ei tule antaa. Tehohoitolääkäriin tehtävänä on tehdä päätös hoidon lopettamisesta, mikäli sen jatkaminen on esteenä parempiennusteisten tehohoitopotilaiden hoitoon pääsulle. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Hyvä kivunhoito on keskeinen osa tehohoitoa. Tehohoidon aikana voidaan käyttää myös sellaisia kipulääkkeitä, jotka muualla hoidettaessa eivät olisi käytettävissä niiden haittavaikutusten vuoksi. Potilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus saada apua niin fyysisiin kuin psyykkisiin kipuihin. Yksi lääkintäetiikan periaatteista on ylimääräisen kärsimyksen välttäminen tehohoidossa. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Itsemääräämisoikeuden merkitys korostuu tehohoidossa, jossa usein joudutaan tilanteeseen, jolloin potilaan kyky vaikuttaa hoitoonsa on heikentynyt. Potilaan mahdolliset aiemmin esitetyt toivomukset hoidostaan on otettava huomioon.

Mikäli potilaan kyky vaikuttaa omiin asioihinsa on oleellisesti heikentynyt, on lähiomainen otettava mukaan päätöksentekoon. Tehohoitopotilaalla ja hänen omaisillaan on oikeus saada totuudenmukaista tietoa tilanteesta ja hoitoon vaikuttavista yksityiskohdista. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Tehohoidossa kuoleman riski on aina läsnä, eikä kuolemaa aina voida estää. Päätökset elämää ylläpitävistä hoidoista luopumisesta tai aloittamatta jättämisistä pyritään tekemään yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa. (Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997.)

Eettiset ristiriidat vaikuttavat hoitohenkilökuntaan. Hoitotyössä ilmenevät eettiset ongelmat voivat herättää hoitohenkilökunnassa kysymyksiä siitä, kuinka vaikeat päätökset tulisi tehdä. Tällaisissa tilanteissa hoitohenkilökunnan on tärkeää tiedostaa omat tunteensa ja uskomuksensa sekä tietää, mikä on oikein ja mikä väärin. (McGloin & McLeod 2010, 245–248.)

3 KUNTOUTUTTAVA HOITOTYÖ

3.1 Kuntoutuksen tarkoitus hoitotyössä

Kuntoutus mielletään monella eri tavalla. Usein kunto liitetään fyysiseen toimintakykyyn ja jaksamiseen, kun taas kuntoutus mielletään toimintakykyä ylläpitävään ja parantavaan toimintaan. (Suvikas, Laurell & Nordman 2010, 8-9.)

Yleisesti kuntoutuksen ajatellaan olevan pelkästään fysioterapiaa. Kapeasti ajatellen kuntoutus on vain sarja toimintoja, joiden tavoitteena on saada tai ylläpitää ihmisen toimintakykyä. Laajemmassa mittakaavassa kuntoutus on monimuotoinen ja jatkuva prosessi, joka aiheutuu elämänmuutoksesta ja jonka kehittäminen voi olla loppuikäistä. (Suvikas ym. 2010, 8-9.) Kuntoutus voidaan myös määritellä prosessiksi, jonka tarkoituksena on edetä kohti ennalta-asetettua päämäärää. Onnistuakseen kuntoutus vaatii kuntoutujan sitoumuksen suunniteltuun toimintaan ja hyväksynnän asetettuja tavoitteita kohtaan. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 17.)

Kuntoutumista voidaan ajatella kasvu- ja oppimistapahtumana, jonka varrella opetellaan hyväksymään elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset ja vamman tai sairauden aiheuttamat rajoitukset. Kuntoutuminen voi auttaa ihmistä löytämään itsestään uusia voimavaroja ja antaa mahdollisuuden oppia uusia toimintatapoja, joilla kohdata arkipäivän tilanteita. (Kähäri-Wiik, Niemi & Rantanen 2002, 16–17.)

3.2 Kuntouttava työote hoitotyössä

Tyypillistä kuntouttavalle työotteelle on potilaan toiminnan ohjaus ja tukeminen sen sijaan, että tehtäisiin potilaan puolesta. Tärkeää on kannustaa potilasta mahdollisimman omatoimiseen selviytymiseen. Fyysisen toimintakyvyn tukemisen lisäksi tulee ottaa huomioon potilaan psyykkiset ja sosiaaliset ominaisuudet. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 22–23.)

On tärkeää huomioida potilaan itsemääräämisoikeus ja suoda mahdollisuus osallistua tavoitteiden laatimiseen, valintoihin ja päätöksentekoon. Kuntouttavassa työotteessa on tärkeintä, että annettava ohjaus ja apu tarjotaan niihin yksityiskohtiin, joista potilas ei selviydy itsenäisesti. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 22–23.)

3.3 Kuntoutuksen etiikka ja päämäärät

Eettisesti merkittävä tekijä on kuntoutujan oma halu kuntoutumiseen, mitä ilman kuntouttajan työpanos on turha. Tärkeää on myös kuntouttajan oma selkeä näkemys arvopäämäärästä sekä ymmärrys omista eettisistä arvoistaan. Ongelmanratkaisukyky helpottaa kuntoutuksen toteuttamista ja työn luontevaa sujumista. (Rissanen, Kallanranta & Suikkanen 2008, 112–119.)

Kuntoutuksen suunnittelun ja toteutuksen tulee olla asiakkaasta lähtevää toimintaa, johon myös yhteiskunta panostaa. Tavoitteena on henkilön toimintakyvyn kehittäminen siihen pisteeseen, että hän pärjää elämässään itsenäisesti, eikä jää riipuvaiseksi ulkopuolisesta avusta ja tuesta. (Rissanen ym. 2008, 112–119.) Kuntoutujan näkökulmasta katsottuna kuntoutuksen tavoitteisiin liittyy toive elämänhallinnasta ja sen vaikutusmahdollisuuksista. Tavoitteet voivat toteu-

tua, vaikka kuntoutuksen tarpeen aiheuttanutta ja fyysistä toimintakykyä laskevaa syytä ei pystyittäisikään poistamaan. Kuntoutuksessa tulee korostua moniammatillisuus ja toiminnan monialaisuus. (Järvikoski & Härkäpää 2008, 17–18.)

Kuntoutuksen tarve voi johtua monista tekijöistä, kuten toimintakyvyn asteittaisesta alenemisesta tai onnettomuuden lailla koko elämän mullistavasta tilanteesta. Kuntoutuksella tarkoitetaan palveluja ja toimenpiteitä, jotka saadaan ulkopuolelta esimerkiksi ohjauksen, neuvonnan, tutkimusten ja arkielämän palveluiden muodossa. (Kähäri-Wiik ym. 2002, 17.)

Asiakas tarvitsee ohjausta kuntoutuksen eri alueiden asiantuntijoilta haluttaessa saavuttaa toimintakyvyn paras mahdollinen laatu. Kuntoutus jaotellaan World Health Organizationin mukaan neljään toiminta-alueeseen sen laaja-alaisuuden havainnollistamiseksi. Hoitotyössä näitä toiminta-alueita voidaan käyttää kuntoutujan tarpeiden mukaan rinnakkain tai peräkkäin, eivätkä ne koskaan sulje toisiaan pois. (Kähäri-Wiik ym. 2002, 23.)

Kuntoutuksen toiminta-alueet ovat:

- kasvatuksellinen kuntoutus
- ammatillinen kuntoutus
- sosiaalinen kuntoutus
- lääkinnällinen kuntoutus

(Kähäri-Wiik ym. 2002, 23).

Lääkinnällisen kuntoutuksen tapahtumakenttänä on terveydenhuollon toimintaympäristö, ja se määritellään osaksi terveydenhuoltoa. Toteuttajia ovat muun muassa puhe-, fysio-, toiminta- ja ravintoterapeutti, psykologi, kuntoutusohjaaja, apuvälineteknikko, lääkärit ja hoitohenkilökunta. (Kähäri-Wiik ym. 2002, 26–36.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata kuntouttavan hoitotyön merkitystä Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin ja sosiaalipalveluiden kuntayhtymän aikuisten teho-osastolle. Tavoitteenamme oli tuottaa kirjallisuuskatsauksena tietoa

siitä, miksi kuntouttava hoitotyö on tärkeää ja kuinka hoitohenkilökuntaa voisi siihen motivoida.

Tutkimuskysymyksemme olivat:

- Mitä on kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä?
- Mitkä sairaanhoitajan motivaatioon vaikuttavat tekijät ovat merkityksellisiä kuntouttavassa hoitotyössä?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Teimme opinnäytetyömme kirjallisuuskatsauksena. Saimme sen avulla koottua laajasti hyvän ja kattavan teorian pohjan opinnäytetyömme aiheesta. Toimeksiantajamme toiveena oli saada teorian pohja, jota hoitohenkilökunta voisi työssään hyödyntää. Opinnäytetyömme menetelmäksi valikoitui kirjallisuuskatsaus.

Systemaattisella kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan sekundääritutkimusta, joka perustuu olemassa oleviin ja tarkoin rajattuihin tutkimuksiin. Se kohdistuu tietyllä aikavälillä tehtyihin tutkimuksiin ja eroaa muista kirjallisuuskatsauksista määritellyn tarkoituksensa vuoksi. Ero muihin kirjallisuuskatsauksiin tulee siitä, että systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tulee olla tarkka tutkimusten valinta, analysointi ja syntetisointiprosessi. Jokaisen tutkimusvaiheen tulee olla tarkoin arvioitu ja kirjattu, jotta mahdolliset virheet voidaan minimoida ja mahdollistetaan katsauksen toistettavuus. (Johansson ym. 2007, 3–5.)

Kirjallisuuskatsauksella käydään analyttisesti läpi valitun aihepiirin tutkimuksia määritellyltä aikaväliltä. Katsauksen tekijä arvioi, luokittelee, vertailee ja analysoi aiempien tutkimusten tuloksia ja keskeisimpiä väittämiä, suhteuttaen niitä omiin tutkimushavaintoihinsa. Kirjallisuuskatsauksessa esitellään aiemmat tutkimukset, niiden käsitteistöt ja tutkimusongelmat ja arvioidaan omien havaintojen merkitysten yhtenevyyttä aiempiin tutkimustuloksiin. Kirjallisuuskatsausta voidaan käyttää tutkimuksen teon apuvälineenä, ja katsauksen avulla tutkija voi esitellä ja perustella asioita omasta näkökulmastaan. (Tawast 2007.)

Kirjallisuuskatsauksemme olemme toteuttaneet tutkimussuunnitelmaamme noudattaen. Mahdolliset virheet olemme minimoineet noudattamalla opinnäytetyön sekä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoon tarkoitettuja ohjeita. Luotettavuutta olemme lisänneet valikoimalla laadukkaita tutkimuksia, rajaamalla hakukohteet ja vuodet, joilta hakuja suoritimme. Valitsimme mielestämme parhaimmat ja laadukkaimmat tutkimukset.

Systemaattisen kirjallisuuskatsaus on jaoteltu kolmeen vaiheeseen, joista ensimmäinen kattaa suunnittelun, toiseen vaiheeseen kuuluu katsauksen tekeminen hakuineen, synteeseineen ja analysoineineen ja kolmannessa vaiheessa on katsauksen raportointi. Suunnitteluvaiheessa tulee selkeästi näkyä tarkoin määritellyt tutkimuskysymykset, joita mahdollisimman selkeästi muotoiltuna tulisi olla yhdestä kolmeen kappaletta. (Johansson ym. 2007, 5–7.)

Kirjallisuuskatsausta aloittaessamme teimme tutkimussuunnitelman, jonka mukaan etenimme opinnäytetyömme aikana. Tämä loi perustan opinnäytetyöllemme. Asettelimme alustavat tutkimuskysymykset tutkimussuunnitelmaan, minkä jälkeen kirjallisuuskatsauksen hakuja toteuttaessamme tutkimuskysymyksemme hioutuivat ja tarkentuivat vastaamaan opinnäytetyömme aihetta.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tulee olla vähintään kaksi tutkijaa, jotta tutkimusten valinta ja käsittely voidaan katsoa pitäväksi. Kun edetään tutkimussuunnitelman toiseen vaiheeseen ja tutkimuksia on haluttu määrä mukana, toteutetaan niiden analysointi tutkimuskysymysten mukaisesti ja laadukkuuden mukaan, sekä syntetisoidaan tutkimuksista saadut tulokset yhdessä. Kaikissa tutkimusvaiheissa korostuu tarkka kirjaaminen, jolla taataan katsauksen onnistuminen ja tulosten relevanttius eli luotettavuus. (Johansson ym. 2007, 6.) Opinnäytetyömme kaikissa työvaiheissa toteutimme tarkkaa ja systemaattista kirjaamista, mikä takaa hakujen toistettavuuden ja turvasi tutkimuksemme etenemisen.

Kirjallisuuskatsausta tehtäessä tulee tutkimustiedon perusteena käyttää tuoreita ja luotettavia lähteitä. Valittujen tutkimusten tulisi olla alkuperäislähteitä, millä varmistetaan luotettavan tiedon säilyminen ja välittyminen. Katsauksessa tulee myös näkyä tutkimusten mukaanottokriteerit ja tiedonhakuprosessi. Tavoitteena on tarkastella tapoja joilla tutkimusilmiötä on eri tieteenaloilla tutkittu. (Kankku-

nen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 70–71.) Rajasimme suorittamamme haut vuosille 2000–2011 ja valikoimme hakutuloksista aiheitamme käsittelevät tutkimukset. Suomessa tehohoitoa on tutkittu vähän, mutta tarvittavat tutkimukset löytyivät myös kansainvälisillä hauilla toteutettuina.

Kirjallisuuskatsauksen periaatteena on näyttöön perustuvan tutkimustiedon tiivistäminen vastaukseksi arviointikysymyksiin. Vastauksia voidaan täydentää halutun laajuuden mukaan, esimerkiksi juridisilla, sosiaalisilla, eettisillä sekä taloudellisilla tarkasteluilla. (Mäkelä, Kaila & Lampe 2007, 126.) Käsittelemme tutkimuskysymyksiimme saamiamme vastauksia omissa kappaleissaan ja teemme yhteenvedot katsauksemme tuloksista.

5.2 Aineiston keruu ja hakusanat

Valittujen tutkimuskysymysten asettelun jälkeen tulee pohtia ja valita menetelmät, joilla katsaus toteutetaan. Näitä menetelmiä ovat muun muassa hakutermien määrittäminen ja valinta sekä käytettävien tietokantojen rajaus. Tärkeää on, että kattavan tiedon saamiseksi käytetään myös manuaalista hakua. (Johansson ym. 2007, 5-7.) Tutkimussuunnitelmassamme toteutimme koehakuja, joiden perusteella valikoimme parhaat käytettävät hakusanat ja termit. Näitä käyttäen suoritimme kirjallisuuskatsauksemme tiedonhaut.

Hakusanoina käytimme tutkimuskysymyksiämme kokonaisuudessaan sekä pilkottuna yksittäisiksi sanoiksi, ks. liite 2. Manuaalisen haun suoritimme Hoitotiede-lehden sisällysluetteloihin vuosilta 2000–2011. Näistä nimen perusteella aiheitamme käsitteli 14 tutkimusta, joista valitsimme 10 kirjallisuuskatsaukseemme mukaan. Tehohoitolehden sisällysluetteloihin toteutetusta tiedonhausta nimen perustella valikoitui kahdeksan tutkimusta ja artikkelia, jotka luettuamme valitsimme kaksi työhöemme.

Käytettävien tutkimusten rajausta varten valitaan tarkasti määritetyt kriteerit tutkimusten sisäänottoon ja poissulkuun. Nämä kriteerit voivat liittyä tutkimuksen kohdejoukkoon, interventioon, tuloksiin tai tutkimusasetelmaan. (Johansson ym. 2007, 5-7.) Kriteereitämme tutkimusten valintaan oli, että tutkimusten täytyi vas-

tata jompaan kumpaan tutkimuskysymyksistämme. Lisäksi rajasimme mukaan otettavat tutkimukset ajalta 2000–2011, ja saatavilla täytyi olla koko teksti.

Aineistonkeruussa tulee suunnitella huolellisesti ajankohta ja tietokannat, joista tietoa kerätään. Kirjallisuuskatsaukseen kuvataan aineistonkeruuprosessi tarkasti, että lukija kykenee arvioimaan tulosten mielekkyyttä ja osuvuutta. Lukijan tulee pystyä etsimään tutkimuksessa käytettyjä hakusanoja hyödyntäen samat lopputulokset kuin katsauksessa. (Johansson ym. 2007, 91.) Teimme aineistonkeruusta, hakusanoista ja hakukoneista taulukon, jonka avulla saadut tutkimukset ja niiden alkuperäislähteet ovat toistettavissa.

Toteutimme tutkimuksemme tiedonhaun syys-lokakuussa 2011. Internetin hakukoneiden kautta valitsimme käytettäväksi seuraavat tietokannat:

- Google Scholar
- Google
- Cinahl
- Theseus
- Duodecim sairaanhoitajan tietokanta
- Tehohoitoyhdistyksen internet sivusto
- Medline
- Lääkärilehti
- Pubmed
- Sairaanhoitajaliitto.

Kaikista tietokannoista ei löytynyt nimen perusteella aiheitamme käsitteleviä otsikoita, mikä rajasi tutkimukseen valittavia tietokantoja. Tutkimuksessamme käytettäväksi hakukoneiksi saatujen koehakujen perusteella valikoituivat seuraavat:

- Google Scholar
- Cinahl
- Sairaanhoitajaliitto
- Medic
- Lääkärilehti.

Eniten luotettavia aiheitamme käsitteleviä hakutuloksia saimme käyttäessämme hakutermeinä lausekkeita ja sanayhdistelmiä:

- Motivaatio kuntoutukseen sairaanhoitotyössä tutkimus
- What is rehabilitation in intensive care unit
- Rehabilitation nursing in intensive care unit
- Motivaatio AND hoitotyö
- Motivaatio AND työssäjaksaminen
- Motivaatio AND tehohoito
- Motivaatio AND nursing
- Motivaatio AND työyhteisö
- Työmotivaatio
- Kuntoutus tehohoidossa.

Kun käytettävä aineisto löytyy on niistä hyvä luoda taulukko, joka selkiinnyttää valittuja tutkimuksia ja jota hyödyntäen materiaalia on helpompi hallita. Taulukoon tulee kirjata tutkimuksen otoksen koko, taustateoria, metodi, käytetyt mittarit, analyysimenetelmät, keskeiset tulokset ja otoksen kuvaus, esimerkiksi ikä ja koulutus. Usein taulukko on hyvä liittää kirjallisuuskatsaukseen, jolloin lukija voi helposti havainnoida tutkimusten keskeisimpiä piirteitä. (Johansson ym. 2007, 92.)

Kirjallisuuskatsaukseemme valitsimme 16 tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiimme. Kun käytettävät tutkimukset oli valittu, seuraava työvaihe oli data extraction eli tietojen purku. (Mäkelä ym. 2007, 127.) Yhdistimme tutkimusnäyttöä evidence table taulukon tyylisesti. Referoimme tutkimukset artikkeli-tilukoon, jonka avulla saimme helposti vertailtua tutkimustulosten yhdenmukaisuuksia ja eroavaisuuksia. Tämä selkiinnytti valittujen tutkimusten tarkoituksenmukaisuutta ja helpotti hahmottamaan kokonaisuuden, ks. liite 3,4. Artikkelitaulukossa käyvät ilmi tutkimuksen tekijät, tekovuosi, tutkimuksen tarkoitus, aineiston ja otoksen koko, tutkimusmenetelmä ja käytetyt mittarit, analyysimenetelmät sekä keskeiset tulokset. Tämä tuo tutkimustulokset selkeästi esille ja mahdollistaa tutkimusten vertailun.

Keskeistä on, että taulukoihin poimitaan tutkimuskysymysten kannalta merkitykselliset asiat ja huomioidaan myös tekijät, jotka mahdollistavat tutkimusten arvi-

oinnin laatuun ja luotettavuuteen perustuen. Taulukon tulee vastata tarpeisiin ja sisältää keskeinen informaatio. (Mäkelä ym. 2007, 127.) Yhteenvetotaulukoiden arviointi toi ilmi keskeiset erot tutkimusten välillä, muun muassa osallistujien ja tutkimusasetelmien välillä, laadussa sekä raportoiduissa vaikutuksissa. Näin myös raportoinnin puutteet oli helppo havaita.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa tehdyistä valinnoista riippuu se, miten aineistoa tulee käsitellä ja tulkita. Tutkimusongelmat ohjaavat menetelmien ja analyysien valintaa. Kaiken onnistuessa suunnitellusti kaikki tutkijan tekemät valinnat tutkimuksen eri vaiheissa muodostavat kiinteän kokonaisuuden, jolloin tutkimusprosessin erillisiä vaiheita ei oikeastaan ole. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 221.)

Tutkimuksen keskeisimmäksi tekijäksi muodostuvat aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätösten teko. Näihin tähdätään jo tutkimusta aloittaessa. Analyysivaiheessa tutkija saa selville sen, minkälaisia vastauksia hän tutkimuskysymyksiinsä saa ja on mahdollista, että selviää myös se, kuinka tutkimusongelmat olisi ollut viisainta asettaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.) Aineiston analyysissa pyritään laajasta aineistosta kokoamaan älykäs ja lukijaystävällinen kokonaisuus, jossa merkityksellisimmät tutkimustulokset ovat selkeästi erotettavissa. Analyysissa tulee näkyä myös tekijöiden omia päätelmiä. (Johansson ym. 2007, 94–95.)

Tutkimustulosten yhteenveto edellyttää johtopäätösten tekemistä tutkimusnäytöön perustuen. Valittu toteuttamistapa on riippuvainen tutkimuskysymysten asettelusta ja valittujen tutkimusten tyypistä ja laadusta. (Mäkelä ym. 2007, 127.) Tässä opinnäytetyössämme tarkastelemme käytössä olevan tutkimusmenetelmän käytettävyyttä ja vaikuttavuutta ja arvioimme sitä kvantitatiivisten eli määrällisten tutkimusten analysointimenetelmien perusteella.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Kuntouttavan hoitotyön merkitys tehohoitotyössä

6.1.1 Kuntouttava hoitotyö

Kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä on merkittävä tekijä (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27). Lähtökohtana kuntoutusta edistävässä hoitotyössä ovat erilaiset terveysongelmat. Kuntoutus on tavoitteellista yhteistyötä, johon jokainen moniammatillisen työryhmän jäsen tuo oman erikoisosaamisensa. Tärkeää on asettaa hoidolle selkeä tavoite ja päämäärä työryhmän kesken. (Haapaniemi, Arve & Routasalo 2006, 198.) Hyvin suunniteltu kuntoutusohjelma vähentää hoidon aiheuttamia komplikaatoriskejä (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27). Hoitohenkilökunnan tehtävä on edistää terveyttä ja lievittää terveysongelmista johtuvia haittoja (Haapaniemi ym. 2006, 198).

Suunnitelmallisesti tapahtuva tehokas kuntoutus on merkityksellinen potilaan fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin kannalta. Systemaattisesti toteutettu kuntoutus on tärkeää koko tehohoitajakson ajan ja edellyttää hoitohenkilökunnalta moniammatillista yhteistyötä ja suunnitelmallisuutta kuntoutuksen toteuttamisessa. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27).

Teho-osastoilla tapahtuvaa kuntoutusta on tutkittu vähän. Kuntoutus tulee aloittaa heti, kun potilas saapuu teho-osastolle. Tehohoidon keston pitkeytyminen altistaa potilaan erilaisille elimistön toimintahäiriöille, joista yleisimmät ovat neuropsykologiset sairaudet ja lihasheikkous. Yleisimpiä kuntoutuksen aikana ilmenneitä komplikaatioita olivat keuhkokuume, anemia, atelektasit, spastisuus ja meningiitti. Varhaisen kuntoutuksen todettiin vähentävän näihin sairastumista ja lieventävän vamma-astetta sekä tukevan potilaan psyykkistä ja fyysistä toipumista. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27.)

Tehohoitajaksolla on merkitystä potilaan hoitajakson jälkeiseen elämänlaatuun ja fyysiseen ja psyykkiseen toimintakykyyn vaikuttaviin tekijöihin, kuten ahdistuneisuuteen ja masentuneisuuteen (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27). Toikkasen (2010) käsittelemän Johns Hopkinsin yliopiston tutkimuksen mukaan kevy-

en liikuntaharjoittelun hoidon alkuvaiheessa aloittaneiden hoitopäivien määrät vähenivät merkittävästi. Jo viikon kestävä vuodelepo vähentää tehohoitopotilaan lihasmassaa jopa viiden prosentin verran. Tämän vuoksi vähäinenkin liike on hyväksi. Toikkanen toteaa, että nykyään Suomessa on onneksi kiinnitetty entistä enemmän huomiota tehohoitopotilaiden liikunnan tarpeeseen ja varhaiseen aloittamiseen. Lisäksi teho-osastoilla on alettu kiinnittää huomiota mahdollisuuksien mukaan sedaation välttämiseen, mittaamiseen ja keskeyttämiseen, millä pyritään vähentämään hoidon kestoa. (Toikkanen 2010).

Vaikka aikainen kuntoutus on merkittävä tekijä toipumisen edistämisessä, siinä on paljon kehitettävää. Terävän (2010, 30) toteuttamassa osastokyselyssä kävi ilmi, että erään yliopistollisen keskussairaalan teho-osaston hoitohenkilökunta ei kokenut kuntoutuksen kuuluvan hoitajan vastuulle. Toimenkuvaansa kuuluvaksi he kokivat potilaan tarkkailun ja hoidon sekä vitaalielintoimintojen valvomisen ja ylläpitämisen. Kuntoutusta kuvataan tapahtuneen, mutta se ei ollut systemaattisesti toteutettua ja havaittiin osittain puutteelliseksi. Kävi myös ilmi, että fysioterapeutin aika osastolla oli rajallista ja sen oikein kohdentamiseen tuli panostaa. (Terävä 2010, 30.)

Merkitykselliseksi havaittiin se, että hoitajat ohjaavat potilaalle ja omaisille kuntoutusta erityisesti hoitotyön näkökulmasta liittyen päivittäisiin toimintoihin. Omaisten mukaan ottaminen hoidon suunnitteluun toteutuu valitettavan harvoin. Tutkimuksen mukaan hoitajat kokevat että omaiset jäävät herkästi potilaan hoidossa sivuun hoitajan työkiireiden takia. (Haapaniemi ym. 2006, 198,204.)

Kuntoutuksen todettiin parantavan potilaan toiminnallista harjoittelukapasiteettiä, lihasvoimaa ja käsitystä toimintakyvystään ennen sairaalasta kotiutumista. Kuntoutuksen positiivinen vaikutus heijastuu kotiutumisvaiheen toimintakykyyn, hengityskoneettomien hoitopäivien määrään sekä mahdollisesti ilmenevään deliriumjakson keston. Kuolleisuuden on todettu olevan korkeampi potilailla, jotka eivät tehohoitojakson aikaan kykene liikkumaan sängystään. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27–28). Omaiset jäivät hoitojakson jälkeen kaipaamaan enemmän ohjausta jatkohoidon mahdollisuuksista ja kotiin saatavilla olevista palveluista (Haapaniemi, Arve & Routasalo 2006, 204).

6.1.2 Kuntouttavan hoitotyön keinot

Alusta alkaen potilasta tulee informoida kuntoutuksen tavoitteellisuudesta, sen edellytyksistä ja hyödyistä. Kuntouttavaa hoitotyötä voidaan toteuttaa omatoimisuuteen tukien kannustamalla päivittäisissä toiminnoissa, kuten ruokailussa selviytymisessä, peseytymisessä, pukeutuminen ja keskustelussa. Hoitajan on hyvä perustella toimintansa ja selittää potilaalle, miksi hän ei tee tämän puolesta asioita. Hoitajalta toivottuja piirteitä ovat herkkyys, rohkaiseminen ja vuorovaikutuksessa oleminen kosketuksella. Emotionaalisen tuen antaminen lisää potilaan omatoimisuutta ja yritteliäisyyttä kuntoutuksen aikana. (Haapaniemi ym. 2006, 202.)

Kuntoutukseen osallistuvien tahojen tulee luoda realistiset ja yhtenevät lyhyen aikavälin tavoitteet. Tavoitteiden ylös kirjoittaminen yhdessä potilaan ja omaisen kanssa on tärkeää ja tuo päämäärän todelliseksi. Hoitajat ovat käyttäneet potilaiden toimintakykyä arvioidessaan apuna mittareita, kuten masentuneisuuden mittaria (GDS), itsenäisen toimintakyvyn mittaria (FIM), kognitiivisen toimintakyvyn mittaria (MMSE) sekä kaatumisen pelon kartoittamiseksi suunniteltua mittaria. (Haapaniemi ym. 2006, 198–199.)

Potilaan motivointia ja riittävää kipulääkitystä ennen kuntoutusharjoitteiden toteuttamista korostettiin. Potilaalle tulee myös turvata mahdollisuus lepoon. Varhain aloitettu mobilisaatio edistää toipumista, ja liikkumattomuus tekee haittaa ihmisen liikunta- ja toimintakyvylle. Hoitohenkilökunnan tulee keskittyä potilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon hoitotoimenpiteiden sijaan. (Terävä 2010, 31).

Yleensä tehohoitopotilaita pidetään makuuasennossa selin ja asentoa vaihdetaan kylkiasennoksi tietyin väliajoin. Mikäli fysiologisia esteitä ei ole, potilas voi olla myös vatsallaan, mutta tämä ei kuitenkaan ole yleisesti käytetty tapa. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27.)

Englantilaisen Thomasin (2009, 52–57) tutkimuksessa todetaan varhaisen kuntoutuksen auttavan hengityskoneesta pois pääsyä, sillä kriittisesti sairaiden vuodepotilaiden lihasmassa vähenee nopeasti. Tutkimuksessa todettiin hyväksi turvallisuuskriteerit täyttäneen tehdyt fysiologiset harjoitukset, kuten vuoteessa

harjoittelu, asentojen muutokset, istuminen, painojen nostelu, kävelyharjoitukset sekä erilaiset passiiviset ja aktiiviset liikkeet.

Fysioterapiassa käytetyt keinot vaihtelevat Euroopan eri maissa. Harjoitteita tulisi tehdä potilaan toimintakyvylle sopivan ajanjakson verran 2-10 liikkeen sarjoissa. Tutkimuksessa todettiin nivelten liikkuvuuden kannalta tärkeäksi harjoittaa erityisesti raajoja, kuten rannetta, kyynärpäätä, olkapäätä, nilkkaa, polvea ja lantiota lisäämällä 600 gramman painovastuksen liikkeisiin. Tällä saatiin jo parempikuntoisten potilaiden kanssa liikkeistä enemmän hyötyä. Vuodepotilaille sängyssä kääntyminen ja muu omatoiminen liikkuminen on tärkeää. Tutkimuksen mukaan on suositeltavaa harjoitella päivittäin vähintään 20 minuuttia. Sillä on parantava vaikutus hengitys- ja verenkiertoelimistön toimintaan. Fysioterapeutin rooli sekä potilaan että hoitohenkilökunnan ohjauksessa on tärkeä. (Thomas 2009, 50,54–58.)

Kuntoutus on tehokasta, kun sitä tehdään tiimityöskentelynä kuntoutusohjelman mukaan ja kuntoutusprotokollaa noudattaen. Fyysisen kuntoutuksen keinot, kuten kävelyttäminen, seisomaan nousu, kuntopyöräergometrin käyttäminen ja potilaan istumaan asettaminen on todettu turvallisiksi kuntoutusmuodoiksi. Potilaan istuttamista kuntotuoliin, sängyn laidalle, kävelyttämistä ja seisomaannousua suositellaan tehtäväksi aktiivisen ja passiivisen toiminta- ja fysioterapian ohella. Tutkimuksissa havaittiin, että hengitysvajauspotilaan sairastumista neuromuskulaariseen lihasheikkouteen voidaan ennaltaehkäistä systemaattisesti toteutetulla kuntoutuksella. Hyvin toteutetun kuntoutuksen jälkeen potilas kykeni kävelemään 30 metriä kotiutuessaan. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27.)

Kuntoutusta voidaan tehdä Protocol-ohjelman toimintatasoilla, joista seuraava taso perustuu aina edellisen tason harjoitteisiin. Ensimmäisellä tasolla liikeharjoitteita tehdään tajuttomalle potilaalle, kun seuraavan tason harjoitteet toteutetaan potilaan ollessa jo tajuissaan. Molemmissa vaiheissa harjoitteita ovat muun muassa sängyn laidalle istumaan nousu ja lihasvoiman harjoittaminen käsissä ja jaloissa. On todettu, että protokollan ohjeilla toteutettu kuntouttaminen on kustannustehokasta, turvallista, käyttökelpoista ja lyhentää hoitopäivien määrää. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 27–28.)

Eri kuntoutusmuotojen käyttäminen yhtä aikaa on todettu tehokkaaksi. Esimerkiksi hengityskoneesta vieroitetun potilaan yläraajoihin kohdistuva harjoittelu lisättynä normaaliin fysioterapiaan parantaa hoidon kokonaistulosta. Kuntoutusta voidaan toteuttaa myös sedatoidulle potilaalle, ja tämän on todettu olevan hyvin siedettyä ja turvallista. Tutkimuksessa todettiin, että sairaanhoitajien toteuttama kuntoutus oli pääasiassa potilaan asentojen vaihtamista sekä passiivista liikehoitoa. Potilaan säännöllinen osallistuminen omaan kuntoutukseensa oli vähäistä ja riippui toimintakyvyn määrästä. (Lakanmaa & Leino-Kilpi 2010, 28.)

Hengityslaitepotilaat pystyvät tekemään liikuntaharjoituksia voinnin salliessa. Kevyt puolen tunnin harjoitus fysioterapeutin ohjaamana, sisältäen esimerkiksi käsiin ja jalkoihin kohdistuvia liikkeitä, todettiin hyväksi. Apuvälineinä harjoitteissa oli käytetty siihen tarkoitettua polkulaitetta. Tutkimuksessa todettiin, että istumaan ja seisomaan nouseminen sekä liikkuminen olivat mahdollisia varhaisen kuntoutuksen myötä, jolloin bentsodiatsepiinien käyttöä tehohoitopotilailla voitiin vähentää. (Toikkanen 2010.)

Hoitohenkilökuntaa tulisi kouluttaa ja ohjata fysioterapeutin antamien kuntoutusohjeiden tekemiseen. Kehitettävää havaittiin annettujen ohjeiden säilyttämisessä ja tiedon välittymisessä henkilökunnan keskuudessa, hoitotyön kirjaamisessa kuntoutuksen osa-alueilla ja moniammatillisen yhteistyön toteuttamisessa. Artikkelissa todetaan teho-osastolla olevan tarvetta fyysisen toimintakyvyn mittarille, joka mahdollistaisi kuntoutumisen toteutumisen täsmennyksen ja arvioinnin. (Terävä 2010, 30.)

Hoitotyön toteutuksessa hyvän perushoidon merkitys korostui. Siihen liittyviä tekijöitä olivat riittävä ravitsemus, nesteytys, suolen ja rakon toiminta, liikunta, sekä vuodelevon mahdollisesti aiheuttamien komplikaatioiden ennaltaehkäisy. Näissä tilanteissa hoitaja opasti potilasta yhdistämään toiminta- tai fysioterapiassa opittuja taitoja käytännön asioihin. On tärkeää huomioida potilaan mahdolliset kivut, ennakoida ja tarvittaessa lievittää niitä. (Haapaniemi ym. 2006, 204.)

Sairaanhoitajan rooli on tärkeä kuntoutusprosessin tukija. Merkityksellistä on, että hoitotiimi kokoontuu säännöllisesti ja vahvistaa yhdenmukaista kokonaisnäkemyksiä tiimien keskuudessa. Potilaan läheisten läsnäolo osana kuntoutus-

prosessia ei aina toteutunut toivotulla tavalla. Hoitajan tietotaito kuntouttavasta hoitotyöstä ja roolirajoista on kuntoutumisen perusta. Kuntoutujan lähtötilanne tulee arvioida ja tavoitteet kuntoutumiselle asettaa yhdessä kuntoutujan, hänen omaistensa ja hoitotiimin kesken. Näin vahvistetaan tulevaisuuden suunnitelmia, hoitotyön toteutumista ja kuntouttavan hoitotyön jatkuvaa kehittämistä. Kuntoutujaa tulee auttaa kriisin kokemisessa ja siitä selviämisessä jakamalla tietoa ja kannustamalla etenemään pienin askelin. Tarvittava jatkohoito tulee myös taata. (Mäntynen, Sivenius & Vehviläinen-Julkunen 2009, 26–30.)

Hu, Hsu, Yip, Jeng ja Wang (2010,1256) ovat tutkimuksessaan yhteneviä Lakanmaan ym. (2010, 27–29), Toikkasen (2010) ja Terävän (2010, 30–31) kanssa siitä, että aikaisin aloitettu intensiivinen kuntoutus parantaa hoidon ennustetta ja vähentää hoitajakson pituutta. Lisäksi Hu ym. (2010, 1256) tiivistävät päivittäisten toimintojen toteutuksen ja kävelykyvyn harjoittamisen olevan kuntoutuksen kulmakiviä.

Mahdollisimman varhain aloitettu tehokas kuntoutus nopeuttaa sairaudesta toipumista. Tutkimukset todistavat, että aikaisin aloitettu intensiivinen kuntoutus on yhteydessä parempiin tuloksiin. Jos potilaalla on esimerkiksi vaikea aivohalvaus, varhainen kuntoutus ennustaa parempia toiminnallisia hoitotuloksia. (Hu ym. 2010,1253–1257.)

6.2 Kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen vaikuttavat tekijät

6.2.1 Työhyvinvointi ja työssä jaksaminen tehohoitotyössä

Työhyvinvointi on moniulotteista ja voidaan määritellä eri tavoin. Hyvinvoinnilla viitataan hyvään vointiin tai terveydentilaan. Yksilön tai yhteisön elämässä hyvinvoinnin tila ilmenee esimerkiksi terveytenä, onnellisuutena tai tyydyttävänä olotilana. (Utriainen, Nikkilä & Kyngäs 2007, 315.) Työskentely terveysalalla on fyysisesti ja psyykkisesti raskasta. Erityisesti ikääntyneet ja kokeneet työntekijät ovat kokeneet hoitotyön fyysisesti raskaaksi helposti työuupumukseen ajavaksi. Potilaiden suuri määrä ja kiire hoitotyössä kuormittavat työntekijöitä. On havaittu, että hoitajat harkitsevat alan vaihtoa työn raskauden vuoksi ja myös sairauspoissaolot ovat lisääntyneet. (Utriainen ym. 2007, 316.)

Työhyvinvointiin vaikuttavat ihmisten välinen vastavuoroisuus, ilo ja työn palkitsevuus suhteutettuna työtovereihin ja potilaisiin. Näillä tekijöillä on suuri vaikutus työssä jaksamiseen. Työhyvinvointi perustuu jakamiseen ja siihen, että huomioidaan toista ihmistä jakamalla työtä, tietoa, ajatuksia ja tukea. Hoitajat kokevat hyvän tuottamisen potilaalle olevan merkityksellistä ja rakentavan työhyvinvoinnin kokemuksen ytimen. Potilashoidon, eli työn perustehtävän, todettiin olevan merkityksellinen työhyvinvoinnin kannalta. (Utriainen ym. 2007, 314-325.)

Työhyvinvointi on kokonaisvaltainen prosessi. Se rakentuu elämän kokonaisuudesta, jonka erottamattomana osana koti- ja työolosuhteet ovat. Näiden välinen tasapaino ja vastavoimaisuus vaikuttavat työhyvinvointiin. Työhyvinvoinnin edistämisessä yhteisöllä ja yhteisöllisyydellä on tärkeä rooli. On tärkeää, että työn tekijöiden vuorovaikutuksessa onnistuu yhteisten asioiden ja tiedon jakaminen, kollegiaalinen yhteistyö sekä työtoverin tukeminen, huomioiminen ja auttaminen työssä. On havaittu kahvihuonekeskustelujen olevan tärkeitä ammatillisuutta ja yhteisöllisyyttä vahvistavia, terapeuttisinakin keskusteluina toimivia tilanteita. Työhyvinvointi rakentuu vastavuoroisesti suhteessa ympäröivään yhteisöön ja sen toimintaan. Hyvinvointiin vaikuttavat merkittävästi työympäristö ja työyhteisö, onnistunut potilashoito ja siitä saatu palaute. (Utriainen ym. 2007, 318, 322.)

Hoitajien työtyytyväisyyteen vaikuttavat hoitajien omat tuntemukset tuottamastaan hoidosta sekä hoitaja-potilassuhteen laadusta. Työhyvinvointia lisäävät kehujen saaminen toteutetusta hoidosta ja hoitajan saama ilo hoidon tehoamisesta. Hoitajat saavat mielihyvää vastatessaan potilaiden tarpeisiin, toteuttaessaan hyvää hoitoa ja nähdessään potilaan edistyvän hoidon aikana. Hyvät potilassuhteet ja inhimillisyys hoitotyössä ovat tärkeitä työtyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Inhimillisyyttä hoitaja toteuttaa työssään ylläpitämällä toivoa, suojelemalla potilaan yksityisyyttä ja arvokkuutta sekä ohjaamalla potilasta kannustuen elämässä eteenpäin. (Utriainen & Kyngäs 2008, 44.)

Merkitystä työtyytyväisyyteen on todettu olevan esimiehen tuella ja johtamisella, oikeudenmukaisuudella, työn vaihtelevuudella, organisaation rajoituksilla, autonomialla, työn tarkoituksenmukaisuudella, työhön käytössä olevalla ajalla, henkilöstön määrällä, tasapainoisella työtaakalla ja kokonaisuudessaan koko työympäristöllä. Ammatillisuus ja mahdollisuus ammatissa kehittymiseen, omien

ajatuksien julkituomiseen ja itsenäiseen päätöksentekoon lisäävät hoitohenkilökunnan työtyytyväisyyttä. Merkityksellisiä ovat hoitajien välinen yhteisöllisyys ja potilashoito, joiden varaan työhyvinvointi rakentuu. (Utriainen & Kyngäs 2008, 44–45.)

Työyhteisön toiminnalla, johtamisella ja oikeudenmukaisuudella ja työn motivaatiotekijöillä on havaittu olevan suojaava vaikutus työntekijöiden hyvinvointiin. Myönteinen ammatti-identiteetti vähentää työntekijöiden stressiä ja psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita. Mikäli työntekijällä on mahdollisuus olla vaikuttamassa työhönsä, sillä on todettu olevan suojaava vaikutus psyykkisiltä ja fyysisiltä oireilta. Erityisesti psykosomaattinen oireilu, kuten vatsakivut, päänsäryt ja sydänoireet ovat vähentyneet. (Pekkarinen, Sinervo, Elovainio, Noro, Finnesoveri & Laine 2004, 35–36.)

Kannustava ja myönteinen ilmapiiri työyhteisössä edesauttaa työntekijöiden hyvinvointia, ja turvallinen vuorovaikutus suojaa henkilökuntaa psyykkiseltä stressiltä ja psykosomaattisilta oireilta. Siispä organisaatio, jonka toiminta ja päätöksenteot ovat oikeudenmukaisia, vähentää työntekijöiden psyykkisiä oireita ja stressiä. Psyykkisiä oireita työntekijöille aiheuttivat ristiriidat työyhteisössä ja työroolien epäselvyydet. Fyysistä kuormittavuutta lisäävät huonot tai epäergonomiset työolot. (Pekkarinen ym. 2004, 37–38.)

6.2.2 Esimiehen merkitys hoitohenkilökunnan motivoinnissa

Työolotutkimuksessa johtamisen on todettu toteutuvan suomalaisessa työelämässä aiempaa oikeudenmukaisemmin, ja myönteisiä muutoksia on tapahtunut. Kansainvälisesti vertailtuna Suomen matalat työyhteisöhierarkiat, esimiesalaiseskustelut ja tiimityön yleisyys ovat eduksi. Mahdollisuudet työssä kehittymiseen, lisäkouluttautumiseen ja työtehtäviin vaikuttamiseen olivat parempia kuin Euroopassa, mutta Suomessa solmitaan Eurooppaa enemmän määräaikaisia työsuhteita. (Harmonen, Niiranen & Suominen 2010, 67–78.)

Osastonhoitajien ammatillinen osaamisen on pääpiirteittäin hyvä (Holmlund, Eriksson, Kankkunen, Suominen & Koponen 2007, 128). Osastonhoitajan tulee tuntea oma työnhallintansa hyväksi voidakseen arvioida ja kehittää alaistensa

työnhallintaa (Korpelainen, Kankkunen, Suominen & Doran 2010, 83–95). Osastonhoitajien ammatillista osaamista voidaan kuvata neljän eri näkökulman kautta: prosessi-, asiakas-, talous- ja henkilöstönäkökulmat. Osastonhoitajien ammattialueissa hyvätasoisiksi on koettu asiakaskeskeisyys ja -lähtöisyys sekä henkilöstön johto-osaaminen, kun heikoimmaksi havaittiin taloudellisten voimavarojen johtaminen ja budjettiosaaminen. Puutteita ilmeni myös henkilöstön kehittämisojohtamisessa. (Holmlund ym. 2007, 128.)

Osastonhoitajalla tulee olla prosessiosaamista, millä tarkoitetaan tehokasta toiminnan hallintaa ja kykyä johtaa toimintoja eri tasoilla, esimerkiksi osastonlääkärin kanssa moniammatillisessa yhteistyössä. Osastonhoitajien projektiosaaminen on keskimääräisesti hyvää tasoa. Osastonhoitaja johtaa yksikköään asiakaslähtöisesti käyttäen apunaan asiakasosaamistaan. Hänen tulee hallita potilashoitotyötä ja kehittää osaston toimintaa parhaan mahdollisen hoidon takaamiseksi. Käytettävissä olevat resurssit tulee suunnata potilashoidon parantamiseen kohdentamalla osaston sisäisiä ja ulkoisia toimintoja. (Holmlund ym. 2007, 130–133.)

Osastonhoitajat kokevat hyväksi oman osaamisensa arvojen toteuttamisen kehittamisessä, potilasryhmien hoidossa ja potilaskeskeisten toimintatapojen hoitamisessa osastollaan. He ovat kokeneet hoitavansa erittäin hyvin henkilöstöresurssit jokaiselle päivälle ja kaikille vuorokauden ajoille. Eri ammattiryhmien yhteistyötä ja hoitajien työssäkoulutusta osastonhoitajat olivat kehittäneet mielestään hyvin. (Holmlund ym. 2007, 130–133.)

Osastonhoitajalla tulee olla talousosaamista, ja hänen tulee noudattaa suunnitelmallisesti ennalta määriteltyä budjettia. Hänen tehtävänä on vastata johtamansa yksikön kustannuksista ja toteutetun hoitotyön vaikuttavuudesta ja tuloksellisuudesta. Budjettiosaamisen koettiin olevan parasta toimintojen suunnittelussa ja toteutuksessa. Huonointa sen arvioitiin olevan laskutusten kirjaamisessa ja työyksikön kokonaistalouden suunnitelman laatimisessa. Haastavaksi koettiin myös kustannustehokkuuden kehittäminen. (Holmlund ym. 2007, 130–134.)

Henkilöstöosaamisella tarkoitetaan osastonhoitajan taitoa auttaa henkilökuntaa löytämään uusia tapoja työskennellä. Näin vanhojen rutiinien toimivuus ky-

seenalaistetaan ja voidaan tarvittaessa jättää pois. Osastonhoitajan tulee tukea ja kannustaa henkilökunnalta tulleita tärkeitä, eteenpäin vietäviä ideoita. Tutkimuksessa havaittiin, että melkein kaikki osastonhoitajat kokivat hyväksi tai erittäin hyväksi kykynsä johtaa osastoaan ennalta määriteltujen tavoitteiden mukaisesti. Myös toimiva tiedottamiskäytäntö ja ylihoitajan kanssa tehty yhteistyö henkilöstösuunnittelun ja rekrytoinnin suhteen olivat hyväksi havaittuja. (Holmlund ym. 2007, 131–134.)

Osastonhoitajan ammatti sisältää virallista ja epävirallista vastuuta ja toimivaltaa, mistä johtuen asema, päätöksentekomahdollisuudet ja toimivalta voivat olla epäselviä. Oikeudenmukaisuus ja päätöksentekovastuu mielletään usein osastonhoitajaan. (Korpelainen, Kankkunen, Suominen & Doran 2010, 85.)

Terveystieteiden johtajilla tulisi olla valmiudet taloushallinnan, näyttöön perustuvan hoitotyön, laadunvarmennuksen ja hallinnan sekä terveysteknologian ja informaatiojärjestelmien kehittämiseen. Osastonhoitajien kokemukset oman työnsä hallinnasta auttavat häntä tukemaan myös työntekijöidensä työnhallintaa ja arvioimaan sen laatua ja hallintaa myönteisesti. (Korpelainen ym. 2010, 85, 91.) Ammattitaidon arvostaminen, vuorovaikutus ja yhteistyö henkilöstön kanssa ovat arvostavan johtamisen osa-alueita. Johtajalta edellytetään kykyä antaa tunnustusta hyvästä työstä ja arvostaa työntekijöiden ammattitaitoa, asiantuntemusta, uusien tehtävien vastaanottamista, hyvin tehtyä työtä ja työkokemusta. (Harmonen ym. 2010, 71–75.)

Esimiehen tulee kohdentaa työyksikön voimavaroja hyödyllisesti, jakaa työmäärä tasaisesti ja ilmaista selkeästi odotuksensa työn laatua kohtaan. Hyvin tehdystä työstä voidaan palkita rahallisesti, kirjallisesti tai suullisesti työntekijää itseään tai koko työyhteisöä. (Harmonen ym. 2010, 71–75.) Esimiehen osallistuesssa osaston toimintaan hän antaa esimerkkiä hoitajille. Lisäksi hän voi vaikuttaa hoitajien työssäjaksamiseen ja tukemiseen työvuorojen suunnittelulla järkevästi ja mahdollisuuksien mukaan työntekijän toiveita kunnioittaen. (Vähäkangas & Noro 2009, 97–106.)

Johtamisen laadulla on suuri vaikutus työilmapiiriin ja työntekijöiden työmotivaatioon. Hyvä johtaja on salliva, tasapuolinen ja syrjimätön henkilökuntaa kohtaan, kuuntelee työntekijää ja ymmärtää tämän tarpeet. Vuorovaikutuksen tulee olla

avointa ja rehellistä, toiminnan tavoitteellista, työyhteisöä kehittävää sekä rohkaista ja tukea innovoivia ideoita. On todettu, että työyhteisössä, jossa henkilöstön johtaminen ja tavoitteet olivat koko henkilöstön yhdessä hyväksymiä, toteutui yhteistyö parhaiten. Esimiehen ja työntekijän välinen suhde vaikuttaa esimiehen sitoutumiseen työhönsä ja ilmenee asenteessa henkilökuntaa kohtaan. Esimiehen tulee pitää huolta henkilöstönsä hyvinvoinnista. (Harmonen ym. 2010, 74.)

Osastonhoitaja voi olla esimerkkinä hoitajille osallistumalla hoitotilanteisiin, joissa toimintaan kuntoutumista edistävästi. Esimerkkinä ruokailutilanteessa ei tehdä potilaan puolesta ja annetaan mahdollisuus omiin valintoihin. Osastonhoitajalla tulee olla auktoriteettia, jonka avulla hän ratkaisee ristiriitatilanteita. Näitä ovat muun muassa tilanteet, joissa hoitajan ja potilaan tai omaisten välillä on erimielisyyksiä. Osastonhoitajan tulee pyrkiä tukemaan henkilökunnan luovia ratkaisuja ja päätöksiä ollen helposti lähestyttävä ja mahdollistava. (Vähäkangas & Noro 2009, 103–105.)

Osallistumalla moniammatillisiin hoitokeskusteluihin, kommentoimalla ja antamalla palautetta osastonhoitaja pyrkii motivoimaan henkilökuntaa. Hänen on suositeltavaa myös itse hakea luotettavaa tietoa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, erilaisista toimintamalleista ja kuntoutusta edistävästä työskentelymenetelmistä. Tietoa voi hankkia kouluttautumalla tai perehtymällä kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Osastonhoitajan tehtäviin kuuluu myös henkilöstön kouluttamisesta vastaaminen esimerkiksi kehittämispäivillä, joissa hän voi myös itse toimia alan asiantuntijana ja päivän vetäjänä. (Vähäkangas & Noro 2009, 103–105.)

6.2.3 Potilaan ja omaisten merkitys osana kuntouttavaa hoitotyötä

Potilas ja hänen omaisensa pystyvät edistämään kuntoutusprosessia. Potilaan tulee olla aktiivinen ja työskennellä kohti kuntoutumisen tavoitteita. Omaiset vahvistavat potilaan voimavaroja kuntoutusprosessissa. On tärkeää, että omainen osallistuu potilaan kuntoutukseen ja voi olla tukemassa kuntoutusprosessin edetessä kotona jatkuvaksi. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 34–44.)

Sairaalassaoloaikana hoitohenkilökunnan tulee huomioida omaista ja ohjata myös häntä potilaan kuntoutukseen liittyvissä tekijöissä. Omaisilla tulee myös olla mahdollisuus esittää omia näkemyksiään hoitohenkilökunnalle kuntoutuksesta ja sen tavoitteista. Omaisen käynnit potilaan luona parantavat potilaan turvallisuudentunnetta ja kannustavat potilasta toipumiseen. Omaisen toimintaan kuuluu ominaisesti auttaminen ilman puolesta tekemistä. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 35–40.)

Hoitajan tehtävä on motivoida, kannustaa, tukea ja antaa palautetta potilaalle niin, että tavoitteena on ylläpitää toimintakykyä ja mahdollistaa normaali elämä vajeista riippumatta (Vähäkangas & Noro 2009, 97–106). Sairaanhoitajat ovat havainneet, että potilaat voivat vaikuttaa omaan kuntoutukseensa ja edistää tavoitteiden saavuttamista. Potilaan tulee tunnistaa oma aktiivisuuden tilansa, vahvuutensa, tahtotilansa ja mieltää kuntoutuksen tavoitteet omakseen. Tahtotilan tunnistamisella tarkoitetaan sitä, että potilas ymmärtää omien asenteidensa, motivaation, luonteenpiireiden ja asiasta innostuneisuuden merkityksen hoidon lopputulokseen. Potilaan tulee pohtia, mikä hänen elämässään on tärkeää, miksi kuntoutuminen on tärkeää ja mihin kuntoutuksella pyritään. Tämä auttaa tavoitteiden tunnistamisessa. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 38–39.)

Potilaan tulee tiedostaa omat voimavaransa ja vahvuutensa, joita voivat olla esimerkiksi iloinen luonne, muistot, hengellisyys, perheen tuki, voimakas elämänhalu ja liikunnallinen elämäntapa. Potilas ja omaiset voivat oma-aloitteisesti ja aktiivisesti ja edistää kuntouttavan hoitotyön toteutumista. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 38-39, 43.)

Kuntouttavan hoitotyön lähtökohtana on arvojen, toivomuksien, voimavarojen ja tavoitteiden tunnistaminen. Mikäli kuntoutuksen tavoitteet luotiin yhdessä potilaan, omaisten ja hoitajan kesken, kaikki olivat niistä tietoisia. Tavoitteiden tulee olla kaikkien ymmärrettävissä ja sellaisia, että potilas voi niihin sitoutua ja saavuttaa ne. Potilaan tulee työskennellä tavoitteellisesti toteuttamalla päivittäisiä harjoitteita mahdollisimman itsenäisesti tai avustettuna, kuten osallistumalla pukeutumiseen, wc-toimintoihin, peseytymiseen, ruokailuun ja liikkumiseen. Päivittäinen harjoittelu parantaa potilaan lihasvoimaa ja liikuntakykyä. Potilaan tulee työskennellä pitkäjänteisesti ja ymmärtää, että kuntoutumisvaiheessa asioiden suorittaminen vie enemmän aikaa kuin ennen sairastumista. Tulee muis-

taa myös riittävä lepo ja virkistäytyminen. Hyviä keinoja tähän ovat muun muassa lukeminen, radion kuuntelu ja sosiaalinen kanssakäyminen. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39, 43.)

Omaisten merkitys potilaan kuntoutuksessa on suuri. He voivat myötävaikuttaa kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen ja tukea potilasta saavuttamaan asetetut tavoitteet. Omaisen lepo ja virkistäytyminen ovat myös tärkeitä tekijöitä ja vaikuttavat siihen, kuinka hän jaksaa tukea potilasta kuntoutumisessa. Omaisen on hyvä olla mukana tekemässä päätöksiä osana kuntouttavaa hoitotyötä ja olla aktiivisesti kanssakäymisessä henkilökunnan kanssa. Hän voi antaa arvokasta tietoa hoitohenkilökunnalle siitä, millainen potilas on luonteeltaan, mitkä ovat hänen voimavaransa ja näkemyksensä. (Haapaniemi & Routasalo 2009, 39–40.)

6.2.4 Ammatillinen rooli ja moniammatillinen yhteistyö hoitotyössä

Koulutettu, ammattitaitoinen henkilökunta tulee kustannus-hyötysuhteeltaan halvemmaksi kuin kouluttamaton huomioitaessa potilaiden saaman hoidon lopputulos. Työntekijän tulee olla osaava, motivoitunut ja sitoutunut, jotta terveydenhuollon työtehtävissä onnistutaan. Työyhteisöjä kehitetään koulutuksella, johon osallistuu henkilöstöä mahdollisimman moniammatillisesti. (Korpelainen ym. 2010, 85.)

On havaittu, ettei työkokemuksen määrällä ole yhteyttä ammatillisen pätevyyden tasoon, kun taas ammatillisella koulutuksella ja työsuhteen luonteella on. Vakituisissa työtehtävissä työskentelevät sairaanhoitajat arvioivat ammatillisen pätevyytensä paremmaksi kuin sijaisuudessa olevat. (Mäkipaura, Virtaviiva-Helenius, Meretoja & Hupli 2007, 157.)

Sairaanhoitaja kehittyy ammatillisesti, kun hänen ammattipätevyytään arvioidaan luotettavasti. Vaatimukset muuttuvat jatkuvasti kehittyvien hoitomuotojen, uuden teknologian ja vaihtelevan työnjaon mukaan. Täydennyskoulutus ja hoitajan pätevyyden arviointi auttavat kehittämään hoitajan ammatillisia osaamisvaatimuksia toimintaympäristöstä riippuen. Kehityskeskusteluissa tapahtuvan ammattipätevyyden arvioinnin avulla luodaan henkilökohtaiset osaamisprofiilit,

joiden perusteella kehittämissuunnitelmia ja urasuunnitelmia luodaan. (Mäki-peura ym. 2007, 161.)

Sairaanhoitajien tulee toteuttaa hoitotyötä huomioiden eettiset periaatteet. Eri-tyisesti heidän tulee huomioida potilas yksilöllisesti ja tehdä voinninarviointia hoidon myötä. Sairaanhoitajan tulee kyetä itsenäiseen työskentelyyn ja päätök-sentekoon. On todettu, että sairaanhoitajien tulee lisätä ammattitaitoaan laa-dunvarmistukseen ja hoitotoimien hallintaan liittyvissä yksityiskohdissa. (Mäki-peura ym. 2007, 161.)

Tärkeitä tekijöitä hoitotyössä ovat omahoitajuus, hoitotyön asiantuntijuus ja mo-niammatillinen yhteistyö. Kuntoutumista edistävät asiantuntijatehtävät koettiin vaativina. (Vähäkangas & Noro 2009, 97–106.) Kyky työskennellä ryhmässä sekä ratkaista ja tunnistaa ongelmia kuuluvat työn hallintaan. Siihen kuuluu myös mahdollisuus oppia uusia työasioita ja näin selvitä haastavasta työstä. (Korpelainen ym. 2010, 85.) Omahoitajuus vaikuttaa positiivisesti hoitajan vas-tuuseen kuntouttavasta hoitotyöstä ja luo turvallisuutta kuntoutusprosessin jat-kumisesta. Keskeisiä hoitotyön toimintoja ovat emotionaalinen tuki, uusien so-peutumiskeinojen löytyminen ja toivon ylläpitäminen. Moniammatillinen osaami-nen vahvistaa sairaanhoitajan ja kuntoutujan vuorovaikutussuhdetta. Kuntoutu-jan tarpeet tulee tunnistaa laaja-alaisesti ja niihin reagoida tarkoituksenmukai-sesti. Hoitajat voivat käyttää luovaa ongelmanratkaisua edistäessään kuntoutta-vaa hoitotyötä. On havaittu, että kuntoutujan ja omaisten ohjaamiseen käyte-tään liian vähän aikaa. (Mäntynen ym. 2009, 26–30.)

Henkilökuntaan vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa työhön sitoutuminen, ammatillinen osaaminen, henkilöstön vaihtuvuus ja määrä. Jotta henkilökunta voi toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä laadukkaasti, heidän tulee saada työko-kemuksen lisäksi täydennyskoulutusta urallaan, minkä lisäksi asiantuntevien hoitajien tulee jakaa osaamistaan uusille hoitajille. (Vähäkangas & Noro 2009, 102.)

6.2.5 Työympäristön vaikutus hoitohenkilökuntaan

Kiire kuormittaa työntekijöitä sosiaali- ja terveysalan töissä. Ympäristön rasitustekijöillä on merkitystä, sillä ne vaikuttavat muun muassa työntekijöiden psyykkiseen hyvinvointiin. Tuki- ja liikuntaelinvaiat ovat lisääntyneet ergonomisten ongelmien myötä. Ammatti-identiteetillä on suojaava vaikutus psyykkisiltä ja psykosomaattisilta oireilta, ja myös turvallinen vuorovaikutus työryhmän kesken vahvistaa psyykkistä hyvinvointia. (Pekkarinen ym. 2004, 36.)

Kuntoutusta edistävän toiminnan tunnuspiirteitä ovat kuntoutumista edistävä hoitotyö, toimintaympäristö ja toimiva työyhteisö. Toimivassa työyhteisössä on kuntoutukseen motivoitunut ilmapiiri, toimintakulttuuri, yhteisesti sovittu päämäärä sekä toteutuva omahoitajuus. Jokaisen hoitajan tulee henkilökohtaisesti miettiä omaa asennettaan ja sitoutumistaan osastolla sovittuihin toimintamalleihin ja periaatteisiin, joista on myös pidettävä kiinni. Kuntouttava työilmapiiri edellyttää hoitajien halukkuutta kokeilla uusia asioita ja kiinnostusta hoitotyön kehittämiseen. Hyvässä ilmapiirissä on jokaisen helppo tuoda uusia ideoita esiin ja niihin suhtaudutaan myönteisesti. (Vähäkangas & Noro 2009, 101.) Tiimityön toteuttamistavat ovat kytköksissä kuntouttavaa hoitotyötä toteuttavien osastojen toimintakulttuureihin sekä henkilöstöresursseihin. Jotta tiimityötä voidaan toteuttaa, se edellyttää hyvää toimintaympäristöä, kuntoutustiimiä ja johtamista. (Mäntynen ym. 2009, 26–30.)

Yksiköissä, joissa asiakkaat vaativat huomattavan paljon apua päivittäisissä toiminnoissaan, henkilökunnalla on enemmän kuormitusta työnsä vaatimuksista ja kiireestä. Työskentelyn on koettu vaativan kovaa ponnistelua ja kohtuutonta työmäärää. (Pekkarinen ym. 2004, 25.)

Toimivaa työyhteisöä kuvataan sellaiseksi, jossa ilmapiiri ja toimintakulttuuri ovat innostavia ja kuntoutumista edistäviä. Yhteinen päämäärä ja omahoitajuus korostuvat. Toimintaympäristön rakenteella on merkitystä, sillä esimerkiksi vanhoissa rakennuksissa työtilat saattavat olla ahtaat. Hoitajat kokivat kuntoutuksen kannalta positiivisiksi pitkän kävelymatkan vessaan ja apuvälineiden käytön. (Vähäkangas & Noro 2009, 97–106.)

Henkilökunnan työhyvinvointiin vaikuttavat hoitajan työn luonne ja vaihtelevuus työtehtävien välillä. Tärkeäksi on havaittu myös työntekijöiden välinen yhteisöllisyys ja laadukas potilashoito. Työn organisointi vaikuttaa merkittävästi hyvinvointiin hoitotyössä. Hoitajille työssä sisäiset tekijät tuottavat enemmän tyytyväisyyttä kuin ulkoiset tekijät, joihin ollaan tyytymättömpiä. On todettu, ettei hoitajien tyytyväisyyteen vaikuta yksin saatavat edut ja hyvitykset. Kuitenkin palkka, edut ja palkkiot ovat merkityksellinen osa työtyytyväisyyttä. Tyytyväisyyttä henkilökohtaiseen elämään lisäsivät onnistunut työn ja kodin yhdistäminen sekä asianmukaiset työajat. (Utriainen & Kyngäs 2008, 44–45.)

7 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Aiheen ollessa meille entuudestaan vieras syvennyimme löytämäämme tietoon ja sisäistimme sen tehden työmme pitkällä aikavälillä. Meillä oli mahdollisuus konsultoida opinnäytetyömme toimeksiantajaa ja saada sieltä tarvittavaa asiantuntijaohjausta.

Opinnäytetyömme suunnitteluvaiheessa etsimme tietoa tekotavoista. Opinnäytetyömme sisälsi tiedonhakua, ja suhtauduimme löytyvään tietoon kriittisesti. Haimme tietoa Internetin hakukoneista ja manuaalisesti kirjastosta lehtien sisällysluetteloista. Valitsimme opinnäytetyöhömmme mukaan laadukkaita ja luotettavia tutkimuksia ja tieteellisiä artikkeleita. Rajasimme hakumme vuosille 2000–2011. Tällä varmistimme, että mukaan valitut tutkimukset olivat tuoreita ja luotettavia. Luimme valitut tutkimukset läpi ja mikäli mielipiteemme tutkimuksen laadusta olivat yhteneviä, valitsimme tutkimuksen mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Opinnäytetyömme luotettavuutta lisää se, että molemmilla on taustalla aiempi hoitotyön koulutus, mikä mahdollisti kriittisen suhtautumisen lähdemateriaaliin.

Etiikan avulla ihminen voi tehdä valintoja, arvioida omaa toimintaansa ja tutkia sen perusteita. Etiikan peruseriaatteiksi määritellään hyvän tekeminen, yhteisen hyödyn saavuttaminen, oikeudenmukaisuus, itsemääräämisoikeus ja pahanteon välttäminen. (Mäkelä ym. 2007, 117.)

”Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin.” (Kankkunen ym. 2009, 172). Työssämme otimme huomioon teho-osastolta saamamme toimeksiannon ja tavoitteenamme oli tehdä työ, jolla voidaan konkreettisesti vaikuttaa työskentelyyn teho-osastolla ja kehittää kuntouttavan hoitotyön toteutumista. Tutkimusetiikan mukaisesti pyritään välttämään ylimääraisten eettisten riskien ja haittojen aiheuttamista (Kankkunen, Vehviläinen & Julkunen 2009, 176–177). Opinnäytetyömme ei ollut toiminnallinen, joten potilaskontaktit eivät aiheuttaneet meille tutkimuseettisiä haasteita yksityisyyden suojaamiseen liittyen. Eettisyys opinnäytetyössämme muodostuu tutkimuksen vaiheiden tarkasta kirjaamisesta ja siitä, että haut ovat toistettavissa. Lähdeviittaukset tekstiin on merkitty oikein, eikä epäselvyyttä tekstin alkuperästä pääse syntymään.

Tutkimuskysymyksiä määriteltäessä ja tutkimusmenetelmää valittaessa tulee eettiset kysymykset ottaa huomioon ja pohtia, mihin kysymyksiin halutaan vastauksia ja kuinka niitä saadaan. Tutkimuskysymysten määrittelyn tulee olla arvopainotteista. (Mäkelä ym. 2007, 119.)

Tutkimusongelmia olivat kuntoutusta tehohoidossa käsittelevien, luotettavien lähteiden ja tuoreen tutkimustiedon löytäminen ja aiemman tutkimustiedon vähäisyys. Vaikka aihetta on tutkittu vähän, sen merkitys hoitotyössä on suuri. Työssämme sovelsimme muiden hoitotyön osa-alueiden tietoutta kuntouttavasta hoitotyöstä ja siihen motivoinnista. Lisäksi teimme hakuja myös kansainvälisistä lähteistä. Opinnäytetyömme kerää yhteen tutkimustiedosta analysoidun päätelmän kuntouttavan hoitotyön ja siihen motivoinnin keinoista. Teho-osastolla työskentelevä hoitohenkilökunta voi lisätä omaa ymmärrystään ja motivaatiota kuntouttavaan hoitotyöhön opinnäytetyömme avulla.

Tutkimusetiikka on mahdollista rajata koskemaan vain määriteltyjä asioita. Tutkimusetiikan toteuttaminen on myös ammattietiikkaa ja siihen ajatellaan kuuluvaksi eettiset periaatteet, arvot, normit ja hyveet, joita tulee noudattaa tutkimuksen aikana. Tutkimuksen tekemisessä on tärkeintä, ettei loukata tutkimuskohdetta tai hänen integriteettiään. Hyvä tutkimus vaatii eettisesti toteutuakseen tieteellistä tietoa ja oikeita toimintatapoja tutkimuksen teossa. Tutkimuksen tulee olla huolellisesti suunniteltua, toteutettua ja yksityiskohtaisesti raportoitua. On tärkeää noudattaa huolellisuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimusta tehdessä, tulosten esityksessä ja arvioinnissa. (Kuula 2006, 23, 33–35.)

8 POHDINTA

Opinnäytetyössämme tarkastelimme aihetta kahdesta näkökulmasta: ”mitä on kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä” ja ”kuinka motivoida sairaanhoitajaa kuntouttavaan hoitotyöhön tehohoitotyössä ja siihen vaikuttavat tekijät”. Tutkimustuloksissa vahvistui käsitys varhaisen kuntoutuksen ja esimiehen roolin merkityksistä motivoitaessa hoitohenkilökuntaa kuntouttamaan potilaita.

8.1 Johtopäätökset kuntouttavan hoitotyön merkityksestä

Hoitohenkilökunnan tehtävä on edistää terveyttä ja lievittää terveysongelmista johtuvia haittoja. Varhainen kuntoutus vähentää sairaalapäivien määrää ja tukee potilaan psyykkistä ja fyysistä toipumista. Kuntoutuksen tulee alkaa heti, kun potilas saapuu teho-osastolle.

Kuntoutus on tehokkainta, kun se toteutetaan tiimityöskentelynä, ja sen tulee olla tavoitteellista ja moniammatillista. Suunnitelmallinen kuntoutusohjelma vähentää hoidosta aiheutuvia komplikaatoriskejä. Kuntoutukseen osallistuvien tahojen tulee luoda yhtenevät ja realistiset tavoitteet, jotka tulee kirjata tarkasti ja tuoda päämäärä todelliseksi. Fysioterapeutin toteuttaman kuntoutuksen lisäksi hoitohenkilökunnan tulee toteuttaa kuntouttavaa hoitotyötä, johon tulisi saada koulutusta ja ohjausta fysioterapeutilta.

Hoitojakson alusta asti potilaan tulee olla tietoinen kuntoutuksen tavoitteesta, edellytyksistä ja hyödyistä. Häntä tulee tukea omatoimisuuteen kannustamalla päivittäisissä toiminnoissa. Hoitajan on tärkeää perustella toimintansa ja antaa emotionaalista tukea, mikä lisää potilaan omatoimisuutta ja yritteliäisyyttä. Mikäli kuntoutuksen epäillään aiheuttavan kipua, kipulääkityksestä tulee huolehtia ennen harjoitushetkeä. Kuntoutuksessa tulee edetä pienin askelin, ja henkilökunnan tulee keskittyä kokonaisvaltaiseen hoitoon, ei pelkkiin toimenpiteisiin.

Kuntouttavan hoitotyön positiivisia vaikutuksia ovat lisääntyvä lihasvoima, toimintakyky ja myönteiset vaikutukset psyykelle. Harjoitteita tulisi tehdä päivittäin vähintään 20 minuutin ajan ja nivelten liikkuvuuteen kiinnittää erityistä huomiota. Kuntoutusharjoitteita voi tehdä myös vuoteessa. Eri kuntoutusmuotojen yhtäai-

kainen käyttö on tehokasta, ja vähäinenkin liike on tärkeää, sillä vuodepotilaan lihasmassa vähenee nopeasti.

Kuntouttavan hoitotyön lisäksi hyvän perushoidon merkitys korostuu. Hoitotiimin tulee kokoontua säännöllisesti ja vahvistaa yhdenmukaista kokonaisnäkemystä potilaan tilanteesta ja taata hyvä jatkohoito. Omaiset jäävät helposti ulkopuolelle, ja heitä tulisi ottaa enemmän mukaan. Ohjausta tulisi antaa enemmän jatkohoidon mahdollisuuksista ja kotiin saatavista palveluista.

8.2 Johtopäätökset kuntouttavaan hoitotyöhön vaikuttavista tekijöistä

Työyhteisö ja -yhteisöllisyys vaikuttavat työhyvinvointiin. Työilmapiiriin tulee olla kannustava ja myönteinen, työntekijöiden tulee olla vuorovaikutuksessa, jakaa työasioita ja tietoa, olla kollegiaalisia ja huomioonottavia työssä. Koti- ja työolosuhteiden tulisi olla tasapainossa keskenään.

Työtyytyväisyyttä lisäävät positiiviset tuntemukset onnistuneesta hoidosta, hyvästä hoitaja-potilassuhteesta ja positiivisesta palautteesta työn laadusta. Työhyvinvointia lisää mahdollisuus ammatissa kehittymiseen, omien ajatuksien julkittamiseen, itsenäiseen päätöksentekoon ja mahdollisuus olla vaikuttamassa työhönsä ja vaihtelu työtehtävissä. Hoitajien työssäjaksamiseen ja motivaatioon vaikuttaa järkevä ja mahdollistava työvuorojen suunnittelu. Työmäärä tulee jakaa tasaisesti.

Kiire kuormittaa työntekijöiden tuki- ja liikuntaelimistöä ja vaikuttaa psyykkiseen hyvinvointiin. Ammatti-identiteetin lisäksi turvallinen vuorovaikutus työryhmän kesken vahvistaa psyykkistä hyvinvointia. Kuntoutusta edistävään toimintaan vaikuttavat toimintaympäristö, työyhteisö ja toteutettavan hoitotyön laatu. Työntekijän tulee sitoutua sovittuihin toimintamalleihin. Hyvän tiimityön edellytys on hyvä toimintaympäristö, kuntoutustiimi ja laadukas johtaminen. Innostava ilma-
piiri edistää kuntoutuksen toteutumista. Toimintaympäristön rakenne vaikuttaa, ahtaat työtilat rasittavat työntekijää enemmän. Potilaiden määrällä ja työn kiireellä on henkilökunnalle kuormittava vaikutus.

Osastonhoitajien tulee kehittää osaston toimintaa, suunnata käytettävät resurssit oikein ja olla määrätietoinen johtaja. Hänellä tulee olla hyvä työnhallinta, jotta

hän voi tukea työntekijöiden työtä ja arvioida sen laatua. Lisäksi hänen tulee arvostaa ammattitaitoa, yhteistyötä ja antaa tunnustusta hyvin tehdystä työstä. Hänen tulee tukea ja kannustaa henkilökunnalta tulleita, eteenpäin vieviä ideoita ja auttaa henkilökuntaa löytämään uusia tapoja työskennellä. Hyvä johtaja on salliva, tasapuolinen ja syrjimätön sekä kuuntelee työntekijöidensä tarpeita.

Osastonhoitaja voi olla esimerkkinä hoitajille osallistumalla hoitotilanteisiin ja moniammatillisiin hoitokeskusteluihin, antamalla palautetta, ratkaisemalla ristiriitoja ja motivoimalla hoitohenkilökuntaa. Osastonhoitajan tulee hakea aktiivisesti tietoa näyttöön perustuvasta hoitotyöstä, erilaisista toimintamalleista ja kuntoutusta edistävästä työskentelymenetelmistä. Hänen tehtäviinsä kuuluu myös henkilökunnan koulutuksen järjestämisestä vastaaminen.

Potilas ja hänen omaisensa pystyvät edistämään kuntoutusprosessia olemalla aktiivisesti mukana siinä. Hoitohenkilökunnan tulee huomioida omaista ja ohjata häntä kuntoutukseen liittyvissä asioissa. Hoitosuhteen tulee olla sellainen, että omaisen on helppo esittää omia näkemyksiään kuntoutuksesta ja sen tavoitteista. Hoitajan tehtävä on ylläpitää toimintakykyä ja mahdollistaa normaali elämä vajeista riippumatta. Potilasta tulee auttaa hahmottamaan fyysinen tilansa, voimavaransa ja vahvuutensa. Tavoitteet luodaan yhdessä potilaan ja hänen omaistensa kanssa niin, että ne ovat ymmärrettävissä ja niihin on helppo sitoutua ja saavuttaa ne. Omahahoitajuus vaikuttaa positiivisesti kuntouttavassa hoitotyössä, takaa turvallisuutta ja kuntoutusprosessin jatkumista.

Työntekijän tulee olla osaava, motivoitunut ja sitoutunut, työyhteisöjä ja työntekijöitä tulee kehittää koulutuksilla. Kokeneempien hoitajien olisi hyvä jakaa tietoaan nuoremmille ja kokemattomammille hoitajille. Ammatillista kehittymistä lisätään ammattitaidon arvioinnilla ja täydennyskoulutuksella.

Hoitohenkilökunnan työmotivaatiolla ja varhain aloitetulla kuntoutuksella on suuri vaikutus hoitojakson pituuteen ja hoidon ennusteeseen, niin teho-osastolla kuin muillakin kuntouttavaa hoitotyötä toteuttavilla osastolla. Henkilökunnan työhyvinvointi ja työssä jaksaminen vaikuttavat kuntouttavan hoitotyön toteutumiseen. Työtä tehdessämme kiinnitimme huomiota useisiin samaan johtopäätökseen tulleisiin tutkimuksiin siitä, kuinka suuri merkitys hoitohenkilökunnan työhyvinvoinnilla on työn laatuun. Tutkimuksissa ilmeni, että jos työntekijät voi-

vat hyvin, työn laatukin on parempaa, ja tämä vaikuttaa kuntouttavan hoitotyön onnistumiseen. Useissa tutkimuksissa painottuivat myös ammatillisen kehittämisen mahdollisuuden tärkeys ja hyvän ja kiireettömän työilmapiirin merkitys työn mielekkyyden kannalta. Yllättävän paljon korostui esimiehen johtamistavan merkitys. Hoitajat kokivat esimiehen osallistumisen hoitotyön toteutukseen ja suunnitteluun tärkeäksi.

Koemme työn tekemisen ja tutkimuksiin perehtymisen lisänneen ammatillista pätevyyttämme. Aiheeseen syventyminen on lisännyt tietouttamme kuntouttavan hoitotyön merkityksestä. Kiinnitämme omassa työskentelyssämme hoitotyössä huomiota enemmän kuntouttavan hoitotyön toteuttamiseen ja siihen, kuinka sitä voisi edistää. Tärkeää on, että saamamme tutkimustulokset eivät koske vain teho-osastoa, vaan niitä voi hyödyntää millä tahansa hoitotyön osa-alueella. Työ herätti meissä ajatuksia siitä, kuinka olemme toimineet aiemmissa harjoitteluissamme ja työtehtävissämme sekä siitä kuinka aiomme jatkossa toimia.

Opinnäytetyömme saa meidät kiinnittämään enemmän huomiota työskentelytapoihimme ja pohtimaan tulevana valmistuvina sairaanhoitajina oman työhyvinvointimme ja työssä jaksamisemme merkitystä työmme laadun kannalta. Mielestämme on tärkeää, että voimme viedä saamaamme tutkimustietoa eteenpäin työkentille ja kehittää näin kuntouttavan hoitotyön toteuttamista. Opinnäytetyömme sai meidät pohtimaan aihetta, ei vain henkilökunnan vaan myös potilaan kannalta. Hoitajan on tärkeää tiedostaa, että työtä tehdään toista ihmistä varten ja oman työpäivän toiminnat ja valinnat vaikuttavat potilaan hyvinvointiin ja mahdollisesti hoidon ennusteeseen. Koemme tärkeäksi myös sen, että hoitohenkilökunta hyväksyy mahdollisuuden ottaa omaiset mukaan osaksi kuntoutusprosessia. Myös osastonhoitajat saavat kirjallisuuskatsauksestamme hyödyllistä tietoa oman roolinsa tärkeydestä ja vaikutuksesta hoitoyhteisössä.

8.3 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Suuntasimme opinnäytetyömme tehohoidossa työskentelevälle hoitohenkilökunnalle, mutta sitä voivat hyödyntää myös muut hoitoon osallistuvat tahot. Ne voivat käyttää työtämme toteuttaessaan omaa kuntouttavaa hoitotyötään ja mo-

tivoida sen avulla henkilökuntaansa. Alan opiskelijat voivat saada työstämme merkittävää tietoa kuntouttavan hoitotyön merkityksestä.

Jatkotutkimusmahdollisuuksia on paljon. Tehohoitopotilaan kuntoutuksen toteutumista hoitotyössä ja kuntoutuksen vaikutuksia hoitojakson jälkeiseen toimintakykyyn voisi tutkia lisää. Näin olisi enemmän tietoa sovellettavissa käytäntöön. Voisi olla aiheellista tutkia myös henkilökunnan työmotivaatiota, työhyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä, millä voisi lisätä ja kehittää hoitotyön laatua.

LÄHTEET

- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castren, M., Säämänen, J. & Varjus, S.-L. 2001. Tehohoitotyö. Helsinki: Tammi.
- Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. *Hoitotiede* 1/2009, 34–44.
- Haapaniemi, H., Routasalo, P. & Arve, S. 2006. Sairaanhoitajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. *Hoitotiede* 4/2006, 197–207.
- Harmonen, M., Suominen, T. & Niiranen, V. 2010. Kirjallisuuskatsaus arvostavaan johtamiseen. *Hoitotiede* 1/2010, 67–78.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.
- Holmlund, L., Kankkunen, P., Koponen, L., Eriksson, U. & Suominen, T. 2007. Osastonhoitajien itsearviointi osaamisestaan tulostietojen (BSC) näkökulmien mukaan. *Hoitotiede* 3/2007, 128–139.
- Hu, M.-H., Hsu, S.-S., Yip, P.-K., Jeng, J.-S. & Wang, Y.-H. 2010. Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit. *Disability and Rehabilitation* 32/2010. United Kingdom.
<http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.pkamk.fi:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e63c380c-80e6-4be1-9dba-99b58b122bb7%40sessionmgr112&vid=11&hid=104>. 30.11.2011.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L.(toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkimuksia ja raportteja A: 51.
- Järvikoski, A. & Härkäpää, K. 2008. Kuntoutuksen perusteet. Helsinki: WSOY
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.
- Kopola, K. 2009. Eläkkeelle jääneet hoitajat kokevat edelleen työn iloa, työssä-jaksamiseen vaikuttavat motivaatiotekijät. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Progradu.
- Korpelainen, M., Kankkunen, P., Suominen, T. & Doran, D. 2010. Hoitotyön lähijohtajien arviot omasta ja vastuuyksiköidensä hoitotyöntekijöiden työhallinnasta ja heille antamastaan tuesta. *Hoitotiede* 2/2010, 83–95.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Tampere.
- Kähäri-Wiik, K., Niemi, A. & Rantanen, A. 2002. Kuntoutuksella toimintakykyä. Helsinki: WSOY.
- Lakanmaa, R.-L. & Leino-Kilpi, H. 2010. Tehohoitopotilaan kuntoutus: tutkimusten kertomaa. Suomen tehohoitoyhdistys ry. Tehohoito 1/2010, 27–29.
- Mannelin, K. 2008. Potilaan ja osaston ominaisuuksien vaikutus hoidon lopputulemaan tehohoidossa. 2008.. Kuopion Yliopisto. Progradu.
- McGloin, S. & McLeod, A. 2010. Advanced practice in critical care. A case study approach. Wiley-Blackwell.

- Mäkelä, M., Kaila, M. & Lampe, K. 2007. Menetelmien arviointi terveydenhuollossa. Helsinki: Duodecim.
- Mäkelä, M., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 2000. Tehohoitotyön tutkimus - tehohoitopotilaan ja – hoitajan parhaaksi. 2000. Turun yliopisto.
- Mäkipeura, J., Virta-Helenius, M., Meretoja, R. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. *Hoitotiede* 3/2007, 152–162.
- Mäntynen, R., Vehviläinen-Julkunen, K. & Sivenius, J. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi- terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. *Hoitotiede* 1/2009, 23–33.
- Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Stakes*. 11/2004. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/muut/Aiheita11-2004.pdf>. 30.11.2011.
- Pyykkö, A. 2004. Tehohoitotyön mallin kehittäminen ja arviointi. Oulun yliopisto.
- Rissanen, P., Kallanranta, T. & Suikkanen, A. (toim.) 2008. Kuntoutus. Helsinki: Duodecim.
- Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Duodecim.
- Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997. <http://www.sthy.fi/infot/eettiset.pdf>. 12.4.2011.
- Suvikas, A., Laurell, L. & Nordman, P. 2010. Kuntouttava lähihoito. Helsinki: Edita.
- Tawast, P. 2007. Miten teen kirjallisuuskatsauksen? Turun yliopisto. Humanistinen tiedekunta. <http://www.hum.utu.fi/oppiaineet/satakunta/opiskelu/ohjeet/kirjallisuuskatsaus.html>. 9.2.2012.
- Terävä, V. 2010. Tehohoidossa olevan potilaan kuntoutus. Suomen tehohoitoyhdistys ry. Tehohoito 1/2010, 30–31.
- Thomas, A. 2009. Exercise intervention in the critical care unit- what is the evidence? *Physical Therapy Reviews* 14/2011. United Kingdom. <http://web.ebscohost.com/tietopalvelu.pkamk.fi:8080/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e63c380c-80e6-4be1-9dba-99b58b122bb7%40sessionmgr112&vid=9&hid=104>. 30.11.2011.
- Toikkanen, U. 2010. Tehohoitopotilaat hyötyvät varhaisesta kuntoutuksesta. *Suomenlääkärilehti*. 14.4.2010. http://www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=8836/type=1. 30.11.2011.
- Utriainen, K. & Kyngäs, H. 2008. Hoitajien työhyvinvointi: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 1/2008, 36–46.
- Utriainen, K., Kyngäs, H. & Nikkilä, J. 2007. Ikääntyvien sairaanhoitajien työhyvinvointi: grounded theory- tutkimus. *Hoitotiede* 6/2007, 314–325.
- Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshuollossa: kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. *Hoitotiede* 2/2009, 97–108.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Pohjois-Karjalan Keskussairaala, Teho-osasto
Toimeksiantajan edustaja:	Seija Verranta, Osastonhoitaja
Osoite:	Tilkkimäentie 16, 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	013 1712701
Sähköposti:	seija.verranta@pksk.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Hoitotyö
Opiskelijanumero(t) ja nimi(et):	0900047, 0900063 Sinikka Kuitinen, Milja Johansson
Puhelinnumero:	050 3021510, 040 41 57363
Sähköposti:	0900047@edu.pkamk.fi, 0900063@edu.pkamk.fi

Toimeksiantajan sitoumukset	Toimeksiantaja tukee opiskelijoita antamalla työn tekoon tarvittavia tietoja sisältäviä aineistoja.
------------------------------------	---

Opiskelijan sitoumukset	Opiskelijat laativat toimeksiantona tutkimuksen toimeksiantajan käyttöön. Toimeksiantaja saa oikeudet käyttää tutkimustuloksia kehitystyössään.
--------------------------------	---

Opinnäytetyön ohjaus PKAMK:ssa	
Ohjaaja(t):	Kirsi Tanskanen

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 6.3.2012 Joensuussa	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys Sinikka Kuitinen Sinikka Kuitinen Milja Johansson Milja Johansson
Päiväys 6.3.2012	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys Seija Verranta, Seija Verranta

TIEDONHANKINTATAULUKKO**TIEDONHAUN TULOKSET HAKUSANOITTAIN JA TIETOKANNOITTAIN**

HAKUSANA	Google Scholar	Cinahl	Sairaanhoitaja liitto	Medic	Lääkärilehti
Motivaatio kuntoutukseen sairaanhoitotyössä- tutkimus	27				
What is rehabilitation in intensive care unit		4672			
Rehabilitation nursing in intensive care unit		4669			
Motivaatio AND hoitotyö				19	
Motivaatio AND työssäjaksaminen				7	
Motivaatio AND tehohoito				3	
Motivaatio AND nursing				46	
Motivaatio AND työyhteisö				5	
Työmotivaatio			17		
Kuntoutus tehohoidossa					4

**KIRJALLISUUSKATSAUKSEEN VALITTU AINEISTO HAKUSANOITTAIN JA TIE-
TOKANNOITTAIN**

HAKUSANA	Cinahl	Lääkärilehti	Google Scholar
Motivaatio kuntoutukseen sairaanhoitotyössä tutkimus			1
What is rehabilitation in intensive care unit	1		
Rehabilitation nursing in intensive care unit	1		
Kuntoutus tehohoidossa		1	

MANUAALINEN HAKU

LEHTI	HAETUT ARTIKKELIT	VALITUT
TEHOHOITO	8	2
HOITOTIEDE	14	10

Tutkimuskysymys 1: Mitä on kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä?

Tekijä (t), lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Lakanmaa, R-L. & Leino-Kilpi, H. 2010. Tehohoitopotilaan kuntoutus: tutkimusten kertomaa. Suomen Tehohoitoyhdistys Ry. Tehohoito 1/2010. Suomi.	Artikkelin tarkoituksena oli koota yhdeksän erilaisen tehohoitopotilaan kuntoutusta koskevien tutkimusten tulokset.	Yhdeksän eri tutkimusta vuosilta 2005–2010 ja niiden tuloksista on tehty yhteenveto.	Menetelminä yhdeksässä tutkimuksessa käytetty mm. randomisoitu kontrolloitu tutkimus, kuvaileva koetutkimus, kuvaileva havainnointitutkimus, prospektiivinen kohortti interventiotutkimus, prospektiivinen kohorttitutkimus, prospektiivinen kuvaileva tutkimus, prospektiivinen randomisoitu kontrolloitu tutkimus.	<p>Tehohoitopotilaan kuntoutusta on tutkittu vasta vähän. Aikaisin aloitettu kuntoutus ehkäisee lihasheikkouden muodostumista ja tukee potilaan henkistä fyysistä toipumista. Hyvä kuntoutusohjelma vähentää myös komplikaation riskiä (esim. vuodepotilaan pneumonia).</p> <p>Ylä- ja alaraajojen liikeratojen mukainen jumppaus, sekä kehon asennon muutokset väh. x3/8h ovat tärkeitä.</p> <p>Tehohoitopotilaan kuntoutusta ja hoidon kirjaamista tulee kehittää ja tutkia vielä lisää.</p>
Toikkanen, U. 2010. Tehohoitopotilaat hyötyvät varhaisesta kuntoutuksesta. Suomen Lääkärilehti, 14.4.2010	Artikkelin tarkoitus oli kertoa kuntoutuksen merkityksestä tehohoidon aikana, sekä sen vaikutuksista toipumisen nopeuteen.	Artikkeli tiivistää John Hopkinsin yliopiston julkaiseman tutkimuksen kuntoutuksen merkityksestä tehohoidossa sekä Peijaksen sairaalan teho-osaston osastonlääkäri Rita Linkon kokemuksia.	Artikkeli on luotu haastattelun ja samaa aihetta käsittelevän artikkelin referoinnilla.	On todettu, että aikaisin aloitettu kuntoutus on lyhentänyt hoitopäivien määrää. Hengityslaitehoito ei ole este kuntoutukselle ja kuntoutus tulee aloittaa heti tilanteen salliessa.

Tutkimuskysymys 1: Mitä on kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä?

Terävä, V. 2010. Tehohoidossa olevan potilaan kuntoutus. Suomen Tehohoitoyhdistys Ry. Tehohoito 1/2010.	Artikkelin tarkoituksena on tarkastella neljän sairaanhoitajan muodostaman kuntoutusryhmän toimintaa Turun yliopistollisen keskussairaalan teho-osastolla, josta puuttui tehohoitopotilaan kuntoutusmalli.	Artikkelissa yksi kuntoutusryhmän sairaanhoitajista kertoo kuntoutuksen toteutuksesta TYKS:ssa. Artikkeliki kertoo myös kuntoutuksen toteutusvaikeuksista sekä onnistuneen kuntoutuksen merkityksestä.	Kokemuksia kuntoutuksesta kysyttiin joka viikko kymmenen viikon ajan osastokokouksessa ja palautteiden perusteella haettiin kehittämisideoita.	Todettiin, että aikainen kuntoutus on merkittävä asia toipumisen edistämiseksi. Todettiin myös, että kehitettävää on vielä paljon, osasto toivookin jonkinlaista potilaan fyysisen toimintakyvyn mittaria avukseen kuntoutuksen toteuttamiselle ja jo annetun kuntoutuksen täsmentämiselle.
Haapaniemi, H., Arve, S. & Routasalo, P. 2006. Sairaanhoidajat ja perushoitajat iäkkään aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumisen edistäjinä. Hoitotiede 4/2006. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia ja kuvata aivoverenkiertohäiriöpotilaan kuntoutumista edistäviä menetelmiä perus- ja sairaanhoitajien toteuttamina.	Tutkimus toteutettiin puolitoista vuotta kestäneenä toimintatutkimuksena neurologisella kuntoutusosastolla. Interventiovaihe kesti vuoden ja se sisälsi 18 kehittämiskeskustelua hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkimus perustuu intervention jälkeisen vaiheen päätöstilaisuudessa jaettuihin kysymyslomakkeisiin, joihin hoitohenkilökunta vastasi. Tutkimustuloksia tukemassa on hoitohenkilökunnalta kerätty kirjallinen palaute kehittämiskeskusteluista ja tutkijan tutkimuspäiväkirja merkinnät.	Aineiston analysointiin käytettiin sisällönanalyysiä. Hoitajien vastaamista lomakkeista poimittiin erityisesti yhteneviä hoitotyönmenetelmiä ja vastaukset koottiin ja kirjoitettiin yhteen. Lopuksi yhteenvetovaiheessa tutkimustuloksia vertailtiin tutkijan tutkimuspäiväkirjaan tehtyihin muistiinpanoihin ja vastausten todettiin olevan yhdenmukaisia.	Tulokset on jaoteltu toimintatavoiksi, joita ovat sairaan- ja perushoitaja koodinoina, tiedonantajana, kanssakulkijana, kannustajana ja auttajana. Tutkimuksessa kävi ilmi, että potilaan kuntoutukselle olisi hyvä asettaa tavoitteet moniammatillisessa kuntoutuskokouksessa. Merkittävää olisi ottaa mukaan myös omaiset, mutta tämä toteutuu harvoin. Tutkimuksessa havaittiin myös merkitykselliseksi se, että hoitajat ohjaavat potilaalle ja omaiselle kuntoutusta hoitotyön näkökulmasta, liittyen päivittäisiin toimintoihin.
Mäntynen, R., Sivenius, J. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Kuntoutumista edistävä hoitotyö näkyväksi - terveydenhuollon ammattihenkilöiden näkemyksiä aivohalvauspotilaiden alkuvaiheen jälkeisessä kuntoutuksessa. Hoitotiede 1/2009. Suomi.	Tutkimus tuottaa sairaanhoitajan näkökulmasta tietoa kuntoutuksen edistämisestä aivohalvuspotilaiden alkuvaiheen jälkeen moniammatillisessa työryhmässä erilaisissa toimintaympäristöissä.	Aineistonkeruu toteutettiin haastattelemalla vuonna 2003 terveydenhuollon ammattihenkilöiltä yhdestä kuntoutuskeskuksesta sekä kahdesta terveyskeskuksesta.	Haastatteluaineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.	Tutkimustulokset osoittavat sairaanhoidajan roolin olevan tärkeä kuntoutusprosessin tukija. Hoitotiimien säännöllisten kokoontumisten havaittiin vahvistavan kokonaisnäkemystä tiimien keskuudessa. Kuitenkaan kuntoutuksen tavoitteita luotaessa tärkeäksi todettu läheisten läsnäolo ei aina toteutunut toivotulla tavalla.

Tutkimuskysymys 1: Mitä on kuntouttava hoitotyö tehohoitotyössä?

Thomas, A. 2009. Exercise intervention in the critical care unit- what is the evidence? Physical Therapy Reviews 14/2011. United Kingdom.	Tutkimuksen kartoittaa tehohoitopotilaiden kuntoutukseen liittyviä ongelmia ja esittää todisteita kuntoutuksen hyödyistä.	Kirjallisuuskatsauksen haut toteutettiin Medlinen, Cinahl:n ja Embasen kautta. Tietokantahakuja täydennettiin yhteydenotoilla, käsihauilla ja kokousten pöytäkirjoilla.	Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja siitä saadut tutkimustulokset on esitetty taulukkomuodossa.	Tulokset jaoteltiin neljään pääkategoriaan: 1) Kuntoutuksen esiintyvyys tehosasastoilla. 2) Kuntoutusharjoituksien mahdolliset riskit kriittisesti sairailta potilailla. 3) Kuntoutusharjoitusten tuottama vaste kriittisesti sairailta. 4) Fyysisten harjoitusohjelmien vaikutus hengityskonepotilaalle.
Hu, M-H., Hsu, S-S, Yip, P-K., Jeng, J-S & Wang, Y-H. 2010. Early and intensive rehabilitation predicts good functional outcomes in patients admitted to the stroke intensive care unit. Disability and Rehabilitation 32/2010. United Kingdom.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia kuntoutuksen aloitusajan vaikutusta ennusteeseen akuuteilla verisuonitukospotilailla teho-osastolla.	Valittiin 219 potilasta, joista lopullisten kriteereiden mukaan tutkimukseen valikoitui 154 tukospotilasta. Tieto kerättiin potilailta taulukkomuotoisella kyselylomakkeella.	Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin SPSS-ohjelmaa.	Tutkimuksessa todettiin, että aikaisin aloitettu intensiivinen kuntoutus parantaa hoidon ennustetta ja vähentää hoitjakson pituutta. Päivittäisten toimintojen toteutus ja kävelykyvyn harjoittaminen ovat kaksi kuntoutuksen kulmakiveä.

Tutkimuskysymys 2: Kuinka motivoida sairaanhoitajaa kuntouttavaan hoitotyöhön tehohoito-työssä ja siihen vaikuttavat tekijät?

Tekijä (t), lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
Holmlund, L., Eriksson, U., Kankkunen, P., Suominen, T. & Koponen, L. 2007. Osastonhoitajien itsearviointi osaamisestaan (BSC) näkökulmien mukaan. Hoitotiede 3/2007. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata osastonhoitajien osaamista erikoissairaanhoidossa ja kuvata taustamuuttujien merkitystä osastonhoitajan osaamiseen. Osastonhoitajat arvioivat itseään neljän eri näkökulman mukaan.	Aineisto kerättiin Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiirien eri toimialoilla virassa olevilta osastonhoitajilta touko-kesäkuussa 2005. Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeilla, joka sisälsi 55 strukturoitua kysymystä.	Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla. Taustamuuttujia tarkasteltiin khiin neliötestin ja ristiintaulukoinnin avulla. Koulutuksen ja tutkimusosaamisen yhteyttä verratessa käytettiin yksisuuntaista varianssianalyysiä.	Tutkimuksen mukaan osastonhoitajien ammatillinen osaaminen oli pääpiirteittäin hyvää. Hyväksi koettiin asiakaskeksisyys ja – lähtöisyys sekä henkilöstön johtosaaminen. Huonommalla tasolla havaittiin olevan taloudellisten voimavarojen johtamisen sekä budjettiosaamisen. Puutteita huomattiin olevan myös henkilöstön kehittämisjohtamisessa.
Mäkipaura, J., Virta-Helenius, M., Meretoja, R. & Hupli, M. 2007. Sairaanhoitaja neurologisessa toimintaympäristössä. Ammatillinen pätevyys, toiminnan tiheys ja täydennyskoulutuksen haasteet. Hoitotiede 3/2007. Suomi.	Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa sairaanhoitajan ammatillisen pätevyyden tasoa, toiminnan tiheyttä ja täydennyskoulutuksen tarvetta työskenneltäessä neurologisessa toimintaympäristössä.	Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla yliopistollisessa sairaalassa neurologian klinikalla työskenteleviltä sairaanhoitajilta kevään 2004 aikana.	Aineisto analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja sen kuvailussa hyödynnettiin muuttujien frekvenssejä, tunnuslukuja sekä prosenttijakaumia. Hoitajien ammatillista pätevyyttä tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä.	Tutkimuksessa todettiin hoitajien ammatillisen pätevyyden olevan hyvää ja laaja-alaista, muttei kuitenkaan erittäin hyvää millään tarkastelluista osa-alueista. Ongelmia tuottivat hoitotoimien hallinta ja laadunvarmistus. Tutkimuksessa havaittiin myös, ettei työkokemuksen määrällä ollut yhteyttä ammatillisen pätevyyden tasoon.

Tutkimuskysymys 2: Kuinka motivoida sairaanhoitajaa kuntouttavaan hoitotyöhön tehohoito-työssä ja siihen vaikuttavat tekijät?

Haapaniemi, H. & Routasalo, P. 2009. Iäkkään potilaan ja hänen omaisensa toiminta potilaan kuntoutumisen edistämiseksi sairaanhoitajien näkökulmasta. Hoitotiede 1/2009. Suomi.	Tutkimus kuvaa sairaanhoitajan näkökulmasta sitä, kuinka ikääntynyt potilas ja hänen omaisensa voivat osallistua kuntoutumiseen.	Tutkimusaineistoa kerättiin sairaanhoitajilta kahden kaupungin terveystieteiden sairaaloissa työskenteleviltä hoitajilta aiheen teemahaastatteluilla.	Aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä.	Tutkimuksen mukaan potilas ja hänen omaisensa pystyvät edistämään kuntoutumisprosessia. Potilaan tulee olla aktiivinen ja työskennellä kohti kuntoutumisen tavoitteita. Omaisten todettiin vahvistavan potilaan voimavaroja kuntoutusprosessissa.
Vähäkangas, P. & Noro, A. 2009. Osastonhoitajana pitkäaikaisessa laitoshuollossa; kuvaus lähijohtamisen sisällöstä kuntoutumista edistävillä osastoilla. Hoitotiede 2/2009. Suomi.	Tutkimuksessa käsitellään osastojen ominaispiirteitä sekä lähijohtamisen sisältöä kuntoutusosastoilla.	Aineistonkeruu toteutettiin osastonhoitajien teemahaastatteluilla syksyllä 2006 sekä keväällä ja kesällä 2007.	Aineisto analysoitiin laadullisella sisällönanalyysillä.	Tutkimuksessa nousi esille kaksi kategoriata: kuntoutumista edistävän osaston tunnuspiirteet ja kuntoutumista edistävän osaston johtaminen. Tärkeitä tekijöitä hoitotyössä olivat omahoitajuus ja hoitotyön asiantuntemus sekä moniammatillinen yhteistyö. Vaativana koettiin kuntoutumista edistävät asiantuntijatehtävät.
Harmonen, M., Niiranen, V. & Suominen, T. 2010. Kirjallisuuskatsaus arvostavaan johtamiseen. Hoitotiede 1/2010. Suomi.	Kirjallisuuskatsaus käsittelee arvostavaa johtamista koskevia empiirisiä tutkimuksia sekä sitä, mitä arvostavalla johtamisella tarkoitetaan.	Kirjallisuuskatsauksessa käytettyjä tutkimuksia oli 20 kpl. Niissä oli 12 kvantitatiivisia ja 8 kvalitatiivisia. Yksikään artikkeli ei kuitenkaan suoraan käsitellyt arvostavaa johtamista.	Tutkimus toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena ja tutkimusmenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia.	Tutkimustuloksena ei saatu yhdenmukaista, täsmällistä määritelmää arvostavan johtamisen peruseräatista. Arvostavan johtamisen lähikäsitteiksi muodostuvat eettinen johtaminen ja osaamisen johtaminen, joita molempia yhdistää arvostus ja kiinnostus henkilökunnan voimavarojen kehittämiseen.

Tutkimuskysymys 2: Kuinka motivoida sairaanhoitajaa kuntouttavaan hoitotyöhön tehohoito-työssä ja siihen vaikuttavat tekijät?

<p>Korpelainen, M., Kankkunen, P., Suominen, T. & Doran, D. 2010. Hoitotyön lähijohtajien arviot omasta ja vastuuyksiköidensä hoitotyöntekijöiden työnhallinnasta ja heille antamastaan tuesta. Hoitotiede 2/2010. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksessa käsiteltiin lähijohtajien kokemuksia oman ja työntekijöidensä työn hallinnasta ja kokemuksista lähijohtajan työntekijöilleen antamasta tuesta.</p>	<p>Tutkimus tehtiin yhden kaudun perusterveydenhuollossa ja psykiatrisessa sairaalahoidossa. Tutkimusaineistoa kerättiin osastonhoitajilta, eli lähijohtajilta, strukturoidulla kyselylomakkeella.</p>	<p>Aineiston analysoinnissa taustamuuttujista tarkasteltiin frekvenssejä ja suhteellisia prosenttiosuuksia. Työn hallintaa kuvattiin kolmesta näkökulmasta ja niistä muodostettiin keskiarvo ja keskihajonta. Lisäksi aineistoa analysoitiin Mann-Whitney U-testin, Kruskal-Wallis testin ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla.</p>	<p>Tutkimuksessa käy ilmi, että lähijohtajat kokivat näistä kolmesta näkökulmasta tarkasteltuna työn tuloksellisuuden hallinnan heikommaksi osa-alueeksi kuin työn kielellisen ja toiminnallisen hallinnan.</p>
<p>Pekkarinen, L., Sinervo, T., Elovainio, M., Noro, A., Finne-Soveri, H. & Laine, J. 2004. Asiakkaiden toimintakyky, työn organisointi ja henkilöstön hyvinvointi vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Stakes 11/2004. Suomi.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, kuinka asiakkaiden toimintakyky on rinnastettavissa hoitotyön haastavuuteen ja työntekijöiden kokemaan kuormittumiseen ja hyvinvointiin.</p>	<p>Tutkimuksessa käytettyjä lähteitä on kolme; vuonna 2002 toteutetun henkilöstökyselyn lisäksi on kerätty tietoja osastokyselyn ja RAI-hankkeen muodoissa.</p> <p>Aineisto koostuu 100 vanhusten pitkäaikaisyksikköön toteutetuista kyselyistä, joista saatiin 1061 hoitajan vastaukset.</p>	<p>Aineiston analysoinnissa kysymyslomakkeiden vastauksia jaoteltiin kolmeen eri taulukoon sen perusteella, liittyivätkö ne kuormitustekijöihin, motivaatiotekijöihin vai työyhteisön toiminnan laatuun ja johtamiseen.</p>	<p>Tutkimustuloksissa ilmeni, että kiire ja fyysinen kuormitus vaikuttavat työntekijöiden hyvinvointiin ja altistavat heidät sekä fyysisille että psyykkisille oireiluille. Havaittiin myös, että työrooleihin liittyvissä ristiriidoissa ja epäselvyyksissä on työhyvinvointia heikentäviä vaikutuksia. Työssä motivoivaksi koettiin positiivinen tunne omasta ammattitaidosta sekä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhön. Johtamisen johdonmukaisuus, työyhteisön selkeä ja turvallinen toiminta sekä työn mielekkääksi kokeminen lisäsivät työntekijän työssä sitoutumista ja viihtymistä.</p>